FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire
1928-1929

THÈSE

N° 19

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 16 Mars 1929, à 17 heures 30

PAR

HENRI-FRANÇOIS-CHARLES-ROBERT DEGROOTE

Né le 2 Mars 1905, à Morbecque (Nord)

Les Formes Cliniques Anormales

de la

Méningite Cérébro-Spinale

CHEZ L'ENFANT

(Revue générale à propos d'un cas de forme ambulatoire)

Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. MINET.

Suffragants : MM. PIERRET. DUHOT. LEGRAND.

LILLE
IMPRIMERIE DOURIEZ-BATAILLE
140, Rue Nationale

1929

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire 1928-1929

THÈSE

N° 19

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 16 Mars 1929, à 17 heures 30

PAR

HENRI-FRANÇOIS-CHARLES-ROBERT DEGROOTE

Né le 2 Mars 1905, à Morbecque (Nord)

Les Formes Cliniques Anormales

de la

Méningite Cérébro-Spinale

CHEZ L'ENFANT

(Revue générale à propos d'un cas de forme ambulatoire)

Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. MINET.

Suffragants : MM. PIERRET. DUHOT. LEGRAND.

LILLE
IMPRIMERIE DOURIEZ-BATAILLE
140, Rue Nationale

1929

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. Ch. Dubois (I. ✠). — Assesseur : M. E. Gérard (✱ I. ✠).

Clinique médicale	MM. Carrière (✱, I. ✠),	professeur.
	Combemale (O. ✱, I. ✠ M)	id.
Clinique chirurgicale	Gaudier (O. ✱, ⚚, I. ✠),	id.
	Lambret (C. ✱, I. ✠),	id.
Clinique des mal. cutanées et syphilit.	Charmeil (✱, I. ✠),	id.
Clinique obstétricale	Bué (✱, I. ✠),	id.
Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif	Surmont (✱, I. ✠, ✠),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires	Potel (✱, ⚚, I. ✠),	id.
Anatomie pathol. et Pathol. générale.	Curtis (✱, I. ✠),	id.
Physiologie	Dubois (I. ✠),	id.
Anatomie	Gérard (Georg.) (I. ✠ ✠)	id.
Histologie	Debeyre (O. ✱ & I. ✠ ✠)	id.
Chimie minérale et Toxicologie	Vallée (✱, I. ✠),	id.
Chimie organique	Polonowski (A. ✠, ⚚),	id.
Matière médicale et Botanique	Fockeu (✱, I. ✠, ⚚, ✠)	id.
Pharmacie et Pharmacologie	Gérard (Ernest) (✱, I. ✠),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutique	Desoil (✱, I. ✠),	id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance	Paucot (A. ✠),	id.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Le Fort (C. ✱, ⚚ I. ✠, O, ✠),	id.
Clinique psychiâtrique.	Raviart (✱, I. ✠),	id.
Clinique médicale infantile	Minet (I. ✠),	id.
Thérapeutique	Ingelrans (I. ✠),	id.
Médecine opératoire	Vanverts, (✱ I. ✠),	id.
Hygiène et Bactériologie	Pierret (I. ✠).	id.
Médecine légale	Leclerq (✱ ⚚, I. ✠),	id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire

MM. Bédart (O. ✱, I. ✠. ✠) ; Morvillez (A. ✠)

Cours complémentaires

Clinique ophtalmologique.	MM. Gérard (G.), (I. ✠, ✠),	professeur
Pathologie générale	Ingelrans (I. ✠),	id.
Clinique oto-rhino-laryngologique	M. Debeyre (O, ✱, &, I ✠, ✠)	id.
Crénothérapie et Climatothérapie	Duhot (I. ✠)	id.
Chimie analytique	Polonovski (⚚, A ✠),	id.
Physique pharmaceutique	Sonneville (A. ✠),	id.
Parasitologie	Lavier (⚚),	id.
Déontologie	Bertin (✱, I. ✠),	id.
Physique médicale.	Fabre (✱, I. ✠),	id.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Doyens honoraires : MM. de Lapersonne (O. ✱, I. ✠), Combemale (O. ✱, I. ✠ , ff

Professeurs honoraires : MM. Moniez (O. ✱, I. ✠), Calmette (C. ✱), Lescœur (I. ✠), Baudry (✱ I. ✠. ✠), Dubar (O. ✱, I. ✠), Verdun (✠ I.), Debierre, Doumer, Curtis, Lemoine.

Agrégés en exercice :

MM. Duhot (A. ✠), Gérard M. (⚚ ✱ A. ✠), Combemale P., E. Doumer (⚚, Cordier, P. Delannoy, Paquet (⚚, A. ✠). Bertin (✱), Legrand (⚚ ✠), Swynghedauw (A. ✠ ⚚), Lavier (⚚),

---

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878).

A la Mémoire de ma Mère

Trop tôt ravie à mon affection

A MON PÈRE

Qui m'a prodigué ses meilleurs encouragements, témoignage de ma profonde affection.

A ma chère Fiancée

Faible gage de ma tendresse.

A ma Sœur, a mon Beau-Frère, a mon Neveu

Mes meilleurs amis.

A mes "Camarades de Bridge"

André DARIÈS, Louis DELEBARRE

Paul DAVID, Jean VANDAELE

A Monsieur le Docteur DEHERRIPON

Professeur suppléant de clinique médicale infantile à la Faculté libre de Lille.

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

A mes Maitres de la Faculté libre de Lille

A mon Président de Thèse :

M. le Professeur MINET

Témoignage de respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

Aux Membres de mon Jury :

MM. PIERRET, DUHOT, LEGRAND

I

Avant-Propos

La méningite cérébro-spinale est, à l'heure actuelle, l'une des maladies infectieuses les mieux connues, tant au point de vue étiologique, pathogénique et thérapeutique, qu'au point de vue clinique.

Depuis les premiers travaux de Rilliet et Barthez (1843), individualisant la classe des méningites aiguës non tuberculeuses, de nombreuses publications, tant françaises qu'étrangères, ont mis au point, dans ses moindres détails, l'étude de la méningite cérébro-spinale. Et il semble qu'il n'y ait plus rien de nouveau à écrire sur cette intéressante question. Cependant l'absolu n'existe pas en matière de clinique médicale ; une nouvelle découverte en appelle une autre ; une précision en suggère d'autres. Et il nous a paru qu'après tant de travaux et de thèses consacrés à ce sujet, il y avait

encore place pour une étude d'ensemble des formes écolutives de la méningite cérébro-spinale à méningocoques chez l'enfant.

L'idée nous en est venue à la lecture de l'observation d'un cas très intéressant de forme ambulatoire, que nous avait communiquée notre maître, Monsieur le docteur Deherripon.

Notre travail concerne les enfants de 2 à 14 ans, c'est-à-dire ceux des deux dernières périodes de l'enfance, moyenne et grande enfance, ainsi qu'il ressort de la division de *Marfan,* « s'appuyant sur les données de la physiologie et mieux encore peut-être de la pathologie ». Les réactions pathologiques présentent, en effet, chez les enfants de cet âge, des caractères tout à fait distinctifs de celles rencontrées chez le nourrisson et au cours de la première enfance.

Il en est de même de l'aspect clinique de la méningite cérébro-spinale aux différentes périodes de l'enfance.

La méningite cérébro-spinale des nourrissons, comme l'ont montré de nombreux auteurs (Lesage, Hertinel, Debré, etc...), a une évolution des plus inconstantes et des plus trompeuses ; sa symptomatologie, ses aspects cliniques, sa durée sont éminemment variables ; à tel point que l'on pourrait dire, sans jouer avec le paradoxe, que les formes les plus fréquentes de la méningite cérébro-spinale du nourrisson sont les formes anormales.

Par contre, dans la moyenne et la grande enfance, la méningite cérébro-spinale revêt, en général, la forme classique. Nos recherches bibliographiques sont, à ce sujet, toutes concordantes. Les formes anormales sont beaucoup plus rares, celles en particulier où l'anomalie tient au mode évolutif de la méningite cérébro-spinale. Nous n'avons, en effet, recueilli dans toute la littérature médicale depuis 1900, qu'une cinquantaine d'observations signalant une évolution de la maladie (en dehors des séquelles et des complications), s'écartant de celle décrite par les auteurs classiques, soit par leur durée, soit par l'intensité de leurs symptômes ; la forme ambulatoire est, en particulier, exceptionnelle.

L'étude approfondie de ces types cliniques n'en reste pas moins du plus haut intérêt, en raison des erreurs de diagnostic ou de pronostic que leur méconnaissance pourrait entraîner. Il nous a donc paru intéressant de consacrer notre thèse à ce sujet.

Après avoir succinctement rappelé les notions historiques, puis la symptomatologie classique de la méningite cérébro-spinale chez l'enfant, nous étudierons les formes évolutives anormales, en insistant tout particulièrement sur la forme ambulatoire, rappelant, à propos de chacune de ces formes, les observations qui s'y rapportent.

Nous n'avons pas cherché à faire œuvre nouvelle, mais à grouper et mettre en relief, dans un travail d'ensemble, les faits cliniques et les travaux

épars dans diverses publications, signalant sous quels aspects variés et parfois trompeurs la méningite cérébro-spinale peut évoluer chez l'enfant.

En terminant cet avant-propos, nous tenons à adresser nos remerciements à Monsieur le docteur Deherripon ; il a inspiré le sujet de notre thèse et nous a aidé de ses conseils. Qu'il soit assuré de notre gratitude !

II

Historique

Nous ne saurions étudier ici, dans ses détails, l'histoire de la méningite cérébro-spinale. Cette étude a été faite depuis longtemps. Nous relèverons simplement les dates les plus importantes et nous préciserons ensuite l'historique des formes anormales que nous nous sommes proposé d'étudier.

Il semble que la méningite cérébro-spinale ait exercé ses ravages de tout temps. Hippocrate lui-même ne l'aurait pas méconnue et, sous le nom de *phrénitis,* de *trousse-galant,* de *mal de nuque,* etc., on la trouve décrite dans des relations très anciennes. Mais l'histoire de la méningite cérébro-spinale date, à proprement parler, du début du XIX^e^ siècle. Dès 1805, Vieussens, de Genève, la décrit et l'appelle fièvre cérébrale ataxique. Peu à peu on la connaît mieux, et on apprend à la reconnaître au

cours des épidémies américaines, allemandes et françaises. Mais 1837 marque une date dans l'histoire de cette maladie. L'épidémie commence, en France, dans les Landes et les Basses-Pyrénées, et Lespès, médecin à Saint-Sever (Landes), en donne, en 1838, la première description indiscutable.

Du Sud-Ouest, l'épidémie gagne la plupart des villes de garnison, suivant le déplacement des troupes. A cette époque, les pays étrangers ne sont pas indemnes. De 1850 à 1851 elle apparaît en Scandinavie, mais on ne la signale plus nulle part ailleurs. Et à part l'épidémie de 1861, en Europe Centrale, elle ne se montre que sous forme de cas sporadiques jusqu'aux environs de 1904. Entre temps, des découvertes importantes étaient faites : En 1882, Kernig dénotait le signe aujourd'hui classique qui porte son nom et que Netter vulgarisa en France. En 1887, Weischelbaum trouvait l'agent spécifique de la maladie ; et en 1890, Quincke, de Kiel, indiquait le merveilleux moyen d'exploration dont on ne saurait se passer actuellement : la ponction lombaire.

En 1904, la méningite cérébro-spinale réapparaît en Amérique, où l'on compte plus de 2.000 cas pour la seule ville de New-York. Elle sévit avec intensité en Prusse, (37,21 cas pour la province de Silésie). En France, l'épidémie survint plus tardivement ; à la fin de 1905, on la voit à Paris et dans la plupart

des principales villes ; en 1909-10, les cas sont encore très nombreux. Les pays étrangers sont atteints : Belgique, Hollande, Suisse, etc.

C'est au cours de cette période (1906), que les bactériologistes découvrent le sérum curateur : Flexner en Amérique, Kolle en Allemagne, Dopter en France. La méningite cérébro-spinale entre dans une nouvelle phase, celle de la thérapeutique spécifique.

Depuis, sauf les années de la guerre (1914-18), où un certain nombre de cas a été signalé, la maladie ne s'est plus présentée qu'à l'état sporadique.

La connaissance des formes évolutives anormales de la méningite cérébro-spinale n'est pas de date récente. Et si nous nous reportons aux observations, nous les voyons signalées dès les premières épidémies. Il semble cependant que ce soit les formes chroniques qui ont été reconnues les premières. Despujols, dans sa thèse, signale les observations de Tourdes (1842), Faure Villars (1839), Daga (1851). Dans les thèses de Blavot et Camiade on en trouve des observations. Le cas le plus ancien que nous signalions dans ce travail est de Babinski (1902) ; mais ce sont surtout les travaux de Debré (1908-1911), insistant sur la « forme chronique cachectisante » qui ont attiré l'attention sur ce point. Despujols leur a consacré sa thèse inaugurale en 1913. Enfin, Nobécourt a fait sur ce sujet une leçon clinique en 1924.

Les formes à rechutes sont elles aussi, connues depuis longue date. En 1898, Sicard et Brecy en rapportaient une observation ; Curtillet, en 1902, présente un cas chez un enfant de 3 ans 1/2. C'est cependant Bertrand, en 1903, qui met au point cette question. En 1919, Netter signale les rechutes tardives et, en 1924, Pruvost appelle de nouveau l'attention sur ces formes, bien qu'il ne rapporte dans sa thèse aucune observation nouvelle concernant les enfants.

Les cas où l'affection prend une allure subaiguë, suraiguë ou foudroyante ont été rapportés au hasard des épidémies.

Ces dernières ont néanmoins été étudiées tout particulièrement par Dalmenesche (1910). Déjà, en 1907, Milligan, Howard et Warner les avaient signalées chez des enfants de 6, 7 ou 10 ans..

Les formes ambulatoires qui nous intéressent principalement ont été étudiées dès 1901. Sicard les décrit dans un article de la « Presse Médicale » et Pinault leur consacre sa thèse inaugurale ; dans l'un ni dans l'autre de ces deux travaux on ne trouve cependant aucun cas se rapportant aux enfants. Et si nous nous en tenons à sa stricte définition que nous donnerons ultérieurement de cette forme, celle-ci est rencontrée tout à fait exceptionnellement chez les enfants de 2 à 14 ans. Guinon en rapporte un cas à la Société de Pédiatrie en 1906. Azéma en communique un autre à la Société ana-

tomo-clinique de Toulouse en 1912. Notre maître, Monsieur le docteur Deherripon, en signala un troisième, qui fait l'objet de cette thèse, à la Société des Sciences Médicales de Lille en 1928.

Quant aux formes frustes, Netter les a mis en vedette en 1914.

Il nous faut terminer ce préambule historique en citant la thèse de Collette (1917), où sont rapportées un certain nombre d'observations du service de M. Comby, parmi lesquelles nous en avons relevé quelques-unes qui correspondent aux types que nous désirons décrire.

III

Etude clinique

Plan Général

I. — Forme normale. (*Chapitre I^er^*).

II. — Formes évolutives anormales.

A. Formes a Évolution Rapide et Grave (*Chapitre II^e^*).

I. — Formes Foudroyantes :

A. Foudroyante proprement dite.
B. A début foudroyant.
C. Ambulatoire à terminaison foudroyante.

II. — Forme Suraïgue.

B. Formes Prolongées. (*Chapitre III^e^*)

I. — Formes à Rechutes :

A. Forme à rechutes de Bertrand.
B. Forme à rechutes tardives de Netter.

II. — Forme Chronique.

C. Formes Atténuées. (*Chapitre IVe*).

I. — Forme Subaïgue (et Forme Abortive).
II. — Forme Fruste.
III. — Formes Ambulatoires :

A. Forme ambulatoire simple curable.
B. Forme ambulatoire à poussées successives.

PREMIER CHAPITRE

Forme normale

La méningite cérébro-spinale de l'enfant évolue dans la majorité des cas selon le type classique et il nous faut décrire cet aspect clinique avant d'aborder l'étude des formes évolutives anormales afin, comme nous le disions plus haut, de mieux marquer les divergences entre l'une et les autres.

Nous étudierons successivement : *a*) les modes de début ; *b*) la période d'état avec sa nombreuse symptomatologie ; *c*) l'évolution et la terminaison.

I. — MODES DE DÉBUT

La méningite cérébro-spinale de l'enfant peut débuter de deux façons bien distinctes, mais de fréquence diverse :

a) La première est caractérisée par sa *brusquerie* et sa violence.

En *pleine santé*, un enfant, parfois atteint de coryza ou d'une angine erythémateuse les jours précédents, est pris brusquement souvent le soir (Médin) d'un malaise profond. Le début est si brutal que le malade ou sa famille en fixe l'heure exacte. Trois symptômes s'associent dès les premiers moments : céphalée, vomissements, fièvre. Ces trois signes constituent par leur constance une sorte de trépied assez caractéristique qui doit, dès le début, faire songer à la méningite cérébro-spinale. C'est d'ailleurs la symptomatologie de début de la plupart des maladies infectieuses de l'enfance (Debré). Il s'y ajoute des frissons, des courbatures, de la tachycardie, de l'agitation, du délire, de la diarrhée et parfois, à ce moment déjà, une raideur méningée fruste. Ce syndrome dure deux, trois, quatre jours puis pendant quelques heures (48 au plus) survient une sédation des signes généraux tandis que les signes méningés progressent.

b) D'autres fois le début est *plus insidieux*, mais c'est tout à fait rare (Netter et Debré). Il prend alors l'allure de celui de la méningite tuberculeuse.

...Et le petit malade entre dans la période d'état... C'est souvent à ce moment que le médecin est appelé à l'examiner...

II. — PÉRIODE D'ÉTAT

1) Aspect général

L'enfant, le visage vultueux, coloré, est immobile, le cou rigide, la tête renversée, enfonçant l'oreiller,

toute la colonne vertébrale cambrée ; il est couché, tantôt en chien de fusil, le nez collé au mur, se détournant de la lumière, tantôt dans une attitude de rectitude dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies. Il a les mâchoires serrées ; le ventre est rétracté en bateau. On constate des vésicules d'herpès au niveau des commissures labiales, parfois au niveau des oreilles, des yeux, de tout le visage (39 % Gartner Robb). L'enfant est tantôt somnolent, abattu, évitant les mouvements intempestifs ; tantôt au contraire délirant, agité ; tantôt d'une lucidité extraordinaire et répondant avec une netteté étrange à toutes les questions qu'on lui pose.

2) Trépied méningitique

Constatant cet aspect caractéristique, le praticien recherche aussitôt les signes capitaux de l'altération des méninges.

La céphalée. — Tantôt occipitale, tantôt frontale, le plus souvent diffuse, elle est toujours violente, lancinante ou gravative, permanente et renforcée par des crises parosystiques qui arrachent des cris au malade. Parfois elle s'accompagne de vertiges et d'éblouissement.

Les vomissements. — Signe précoce de la méningite cérébro-spinale, ils cessent souvent dès les premiers jours de la période d'état. Alimentaires, ou bilieux, survenant brusquement, sans nausées, ils se répètent sans efforts, en fusée, à type de vomissements cérébraux, à n'importe quel moment de la journée.

La constipation. — La constipation opiniâtre de la méningite tuberculeuse est rarement rencontrée ici. Le fonctionnement de l'intestin est fréquemment régulier. La diarrhée remplace souvent la constipation ou alterne avec elle ; elle peut, si on n'y prend pas garde, exposer à des erreurs de diagnostic.

3) Contractures

Les contractures constituent un des éléments les plus caractéristiques de la méningite cérébro-spinale. Elles se constituent peu à peu et peuvent, au début, passer inaperçues si on ne les recherche pas attentivement. Deux signes sont importants : la raideur de la nuque et de la colonne et le signe de Kernig ; un troisième l'est moins : le signe de Brudzinski.

Raideur de la nuque et de la colonne. — La *raideur de la nuque* est le signe le plus précoce et le plus constant (48 cas de Collette). Intense ou léger il faut pour le rechercher glisser la main sous la nuque du malade étendu sur le dos et soulever sa tête. On sent aisément un manque de souplesse caractéristique bien différent de la contracture volontaire. La *colonne vertébrale* elle-même est raide, et dans les cas accentués le sujet est dans une attitude d'opisthotones qui au premier abord fait penser au tétanos.

Signe de Kernig. — Décrit en 1883 à la Société de Médecine de Pétrograd, ce signe capital a pour ainsi dire révolutionné la symptomatologie de la méningite cérébro-spinale. Il traduit la contracture en flexion des

membres inférieurs. On le trouve dans 93 % des cas (Netter). Deux procédés permettent de le rechercher : soit en faisant asseoir le malade dans son lit, et on constate qu'en prenant cette position il fléchit les jambes sur les cuisses ; soit en soulevant la tête, les membres inférieurs étant étendus, ce qui provoque une rapide flexion des genoux.

Signe de Brudzinski. — Ce signe est une variante du précédent. Il a été décrit en 1909 dans les archives des maladies des enfants. Il s'observerait de façon constante dans l'enfance. Il se recherche de trois manières : *Réflexe contre-latéral identique*, si d'un côté on fléchit la jambe sur la cuisse et celle-ci sur le bassin, l'autre membre qu'on a laissé étendu au début de la manœuvre ébauche le même mouvement. *Réflexe contre-latéral réciproque*, le membre inférieur étant ainsi fléchi, si on fléchit à son tour le second, le premier exécute un mouvement d'extension. *Signe de la nuque*, l'enfant étant dans le décubitus dorsal, si l'on essaye de fléchir la tête, les membres inférieurs se fléchissent à leur tour.

4) Signes neurologiques

A) *Signes moteurs.* — Outre les contractures que nous avons voulu mettre en vedette étant donné leur importance et leur constance il existe deux signes moteurs moins constants :

1) *Des phénomènes convulsifs :* généralisés, cela est exceptionnel, ou localisés consistant en secousses fébrillaires des muscles, trémulations des doigts, sou-

bresauts tendineux, grincements des dents, mâchonnement, mouvements carphologiques, nystagmus.

2) *Des paralysies :* Contrastant par leur rareté avec celles de la méningite tuberculeuse. On peut rencontrer des paralysies oculaires, des paralysies faciales, des paralysies des membres inférieurs, radiculaires ou centrales, le phénomène de « la tête ballante » par paralysie des muscles de la nuque.

B) *Signes sensitifs. — Troubles subjectifs :* Outre la céphalée, les malades se plaignent fréquemment de rachialgie intense et exagérée par les mouvements, de douleurs musculaires localisées aux membres ou généralisées, de douleurs thoraciques ou abdominales, d'arthralgies diffuses.

Troubles objectifs : Une hyperesthésie cutanée généralisée est souvent signalée. Elle provoque de la part du patient un état de défense instinctif, de l'hostilité même.

Troubles sensoriels : La photophobie est rare. On observe parfois de l'amblyopie, une diplopie passagère, une légère inégalité pupillaire. Du côté des oreilles on trouve dans certains cas une hyperalgésie auditive, de l'otite moyenne passagère ou grave.

C) *Signes réfexes.* — Les réflexes tendineux sont variables. Souvent cependant ils sont exagérés avec trépidation, Clonus et Babinski. En cas de paralysie ils sont abolis. Le signe de Babinski est des plus inconstant.

D) *Signes vaso-moteurs.* — Ils sont beaucoup moins marqués que dans la méningite tuberculeuse.

Le phénomène de la *raie méningitique* décrit par Trousseau est à peu près constant. Collette l'a trouvé 29 fois sur 48 observations. Il consiste dans l'apparition d'une raie rouge, intense, étalée, persistante, limitée par deux raies blanches, obtenue en frottant doucement avec l'ongle la peau du malade.

On observe rarement des bouffées de chaleur, des rougeurs soudaines de la face, des sueurs subites, les sujets gardant au contraire un teint rosé et une bonne mine caractéristique.

E) *Troubles trophiques.* — Ils sont rares. L'amaigrissement et la cachexie s'observent surtout dans les formes chroniques ou prolongées.

F) *Signes psychiques.* — L'intelligence est généralement sauvegardée et les enfants sont d'une lucidité d'esprit parfaite. Parfois on note un état d'excitation psychique, passagère, nocturne, avec agitation, cris, plaintes, paroles incohérentes, insomnie, terreurs, délire. Dans d'autres cas c'est un abattement progressif avec somnolence, obnubilation, d'où le malade ne sort que pour manifester son mécontentement envers ceux qui le touchent.

G) *Signes sphinctériens.* — L'incontinence d'urine et des matières est rare. La rétention exceptionnelle. Elles ne s'observent que dans les formes cachectisantes.

5) Signes généraux

Ils sont très divers et très variables.

La *Température* est constante mais d'une irrégularité étonnante et « ce serait en vain qu'on tenterait de classer et de systématiser les différentes courbes thermiques » (Netter et Debré). Dans la majorité des cas, elle a une allure capricieuse. Elle subit des ascensions brusques de plusieurs degrés sans que rien ne le fasse prévoir. Parfois elle reste à 40° epndant les premiers jours et cède rapidement à la sérothérapie. Souvent elle observe un plateau de 39°5 — 40° à grandes oscillations du type septicémique. En tout cas son grand caractère, c'est son instabilité dont il faut bien se garder (Netter) de tirer aucun élément de pronostic.

Le *Pouls* petit, irrégulier, instable, est souvent en désaccord avec la température.

Les *signes digestifs* se caractérisent en dehors des vomissements par une langue saburrale, sèche quelquefois ; le foie et la rate sont rarement hypertrophiés.

La *respiration* est souvent accélérée, entrecoupée de pauses.

Les *urines* contiennent rarement de l'albumine. Sans être constante la polyurie qui peut atteindre trois quatre litres s'observe dans la méningite cérébro-spinale. Elle est probablement en rapport avec la soif intense des sujets. Les urines sont claires ; les éliminations de phosphates et d'azote sont exagérées ; on a signalé de la glycosurie ; l'indicanurie serait un facteur de gravité.

Le *sang* subit une hyperleucocytose neutrophilique avec augmentation du réseau fibrineux, précocité de la coagulation, et dans les formes graves, disparition des cosinophiles. Dans certains cas l'hémoculture décèle le méningocoque.

Les *manifestations cutanées* enfin sont fréquentes. Nous avons signalé l'herpès. A côté de lui il faut citer le zona, les érythèmes scarlatiniformes et morbilliformes, à localisation para-articulaire de préférence et surtout les érythèmes purpuriques généralisés ou localisés, dépendant de la méningococcémie pour beaucoup d'auteurs, et, assez peu fréquents en France.

6) Le liquide céphalo-rachidien

L'étude du liquide céphalo-rachidien est, cela va sans dire, de la plus haute importance. Le liquide, qui tout au début est généralement clair à prédominance lymphocytaire, devient bientôt trouble, floconneux ; il y à hypertension, hyperalbuminose, hypercytose à prédominance de polynucléaires dégénérés ; il y a diminution des chlorures et surtout du sucre qui peut disparaître à cause de la fermentation.

Au microscope on peut mettre en évidence le méningocoque intra ou extracellulaire. Les cultures sur gélose ascite précisent le diagnostic bactériologique.

A la période de déclin le liquide s'éclaircit, on note alors une mononucléose ; il ne reste plus que quelques prolynucléaires altères qui disparaissent peu à peu.

Anormalement on peut trouver une mononucléose constante et un liquide hypotendu (méningite cloisonnée).

Des réactions particulières permettent de distinguer les divers méningocoques. Signalons enfin quelques recherches biologiques : précipito-réaction, séro-réaction, fixation du complément, etc.

III. — EVOLUTION — TERMINAISON

La méningite cérébro-spinale telle que nous venons de la décrire dure de 10 à 20 jours (Voisin). A ce moment deux éventualités se présentent :

A) *Terminaison favorable :* « Quelquefois c'est brusquement que le malade passe du danger imminent à un rétablissement presque complet » (Tourdes). Mais plus souvent, soit spontanément, soit surtout après une sérothérapie précoce et suffisante, les signes morbides disparaissent peu à peu après quelques alternatives d'atténuation et d'exacerbation ; douleurs, contractures, agitation disparaissent lentement, la température descend en lysis, le pouls redevient meilleur, l'état général se réveille. Cependant même dans ces cas très favorables la convalescence est longue ; pendant quelque temps le malade a des incertitudes dans la marche, des maladresses des mains et un amaigrissement notable.

Des rechutes peuvent survenir que nous verrons ultérieurement.

B) *Mort :* La terminaison mortelle est certainement moins fréquente depuis la pratique de la sérothérapie.

La mort peut survenir brusquement ou lentement. Les contractures, d'abord accentuées, diminuent, cessent, et font place à un état parétique. Les signes généraux s'accentuent, le facies prend l'aspect typhique, la langue saburrale et sèche, les lèvres fuligineuses, le malade est prostré dans un état d'hébétude. La température atteint 41°, 42°, le pouls est misérable, la respiration prend le type de Cheynes-Stokes, les extrémités se cyanosent, des sueurs visqueuses couvrent le moribond, des rougeurs diffuses passent sur son visage. Bientôt le coma s'installe, et l'enfant meurt dans la cachexie, ou l'asphyxie progressive, ou l'adynamie, quand il n'est pas emporté par une crise convulsive terminale.

Formes évolutives anormales

CHAPITRE DEUXIÈME

Formes à évolution rapide et grave

Nous réunissons dans ce groupe deux types cliniques dont l'évolution est pour ainsi dire toujours fatale et qui ne se distinguent que par une rapidité moins grande de leur terminaison :

I. — Formes foudroyantes.

II. — Forme suraiguë.

I. — FORMES FOUDROYANTES

Les formes foudroyantes de la méningite cérébro-spinale de l'enfant sont assez bien connues. Nous en avons relevé huit cas au cours de nos recherches. Mais il s'en faut de beaucoup qu'elles affectent chaque fois le même type clinique. Les observations que nous avons rassemblées nous permettent de décrire selon que le caractère foudroyant porte sur l'évolution totale de la

maladie ou seulement sur son début : une *forme foudroyante proprement dite* et une *forme à début foudroyant ;* à côté desquelles il nous faudra dire quelques mots de la *forme ambulatoire à terminaison foudroyante* décrite par certains auteurs, mais dont nous n'avons pas rencontré d'observation chez l'enfant.

a) Forme foudroyante proprement dite

Dans cette appellation le terme foudroyant doit être employé avec la signification imagée que lui attribuaient les anciens cliniciens français (Netter et Debré). En quelques heures l'organisme du petit malade est sidéré d'une façon brutale et inéluctable.

Le début est d'une rapidité extraordinaire. On signale dans quelques cas des prodromes, vomissements, douleurs vagues (Obs. III) qui précèdent de quelques heures le début véritable de la maladie. Cela est exceptionnel. Et c'est le plus souvent d'emblée que le sujet jusque là bien portant est terrassé. Au milieu de ses jeux, à table (Obs. I), pendant son sommeil (Obs. II), l'enfant présente tout d'un coup un symptôme important qui attire toujours l'attention par sa gravité. Souvent les vomissements ouvrent la scène avec une fièvre subite et intense, de la céphalée, de l'agitation (Obs. II, VIII). Quelquefois ce sont des phénomènes convulsifs localisés et même généralisés (Obs. III). Parfois le petit malade entre aussitôt dans le coma (Obs. I). Et la période d'état se constitue en quelques minutes.

Elle est caractérisée moins par l'étendue des contractures qui souvent sont peu marquées (Obs. I, II) que

par l'intensité des phénomènes convulsifs (Obs. I, II, III, VIII) qui se répètent parfois sans discontinuité jusqu'à la terminaison fatale (Obs. II ,II). Les signes généraux le partagent en gravité avec l'atteinte des fonctions psychiques. La température atteint d'emblée 40°, 41°, le pouls petit, misérable, est rapide 150, 160, les poumons s'embarassent et s'engorgent de mucosités, la respiration, difficile, prend le type de Cheynes-Stokes, les extrémités sont cyanosées, les bruits du cœur sont souvent affaiblis ; des taches purpuriques se disséminent sur toutes les parties du corps (Obs. II), parfois ecchymotiques elles pourraient faire penser que le sujet a été l'objet de violences. L'herpès est exceptionnel. Le malade est dans un état de prostration intense, abattu, inerte (Obs. II). Parfois il est agité, délirant, indocile, pousse des cris sans arrêt (Obs. VIII). Dans d'autres cas il ne sort pas de l'état comateux primitif.

La ponction lombaire permet rarement de retirer un liquide louche, grumeleux, hypertendu ; ces cas correspondraient plutôt à la forme ambulatoire avec terminaison foudroyante. Plus souvent le liquide céphalo-rachidien est clair (Obs. I, III) et ceci s'explique très bien par la rapidité extraordinaire de l'évolution. On y met facilement en évidence le méningocoque. La mort est pour ainsi dire fatale en ces cas, malgré les essais de sérothérapie spécifique (Obs. VIII). Elle survient rapidement. Au bout de 14, 15 heures (Obs. I, II). 24 ou 36 heures (Obs. VIII, III), au maximum ; Peacocke rapporte une observation que nous n'avons pu lire où

l'enfant, une fillette de 5 ans, succomba 12 heures après le début des accidents. C'est très souvent au cours d'une crise convulsive que se produit le dénouement fatal (Obs. I, VIII) ; ou bien c'est une crise d'hyperpyrexie (Obs. III), d'adynamie aiguë (Obs. II) qui emportent le malade. Enfin il peut s'éteindre peu à peu dans le coma qui l'a foudroyé.

b) Forme a début foudroyant

Le travail de Dalmenesche (1910) a mis cette forme en vedette. Le caractère capital de ce type clinique de la méningite cérébro-spinale réside en son début tout à fait particulier. Et il nous faut, après bien des auteurs, insister sur ce fait ; seul le début est foudroyant, mais la maladie suit sa marche normale. Un sujet en pleine santé est frappé de grands accidents nerveux qui affolent l'entourage ; tantôt c'est une crise d'épilepsie généralisée ou partielle, tantôt un coma subit, tantôt enfin d'après Dalmenesche un délire, mais nous n'avons pas trouvé de cas de ce genre parmi les enfants dont nous rapportons les observations.

Parfois cependant des prodromes précédent le début. Il est un peu paradoxal de décrire ici des prodromes, mais le fait n'en est pas moins exact. Le début foudroyant l'est surtout pour les profanes et un clinicien averti pourrait à certains symptômes annonciateurs prévoir l'orage qui se prépare. Bien souvent d'ailleurs ces prodromes ne servent qu'à éclairer l'enquête rétrospective. Ils sont toujours peu marqués. Une angine légère

(Obs. IV), un embarras gastro-intestinal sans gravité, une sensation de vertige, de malaise (Obs. VI), une céphalée légère (Obs. VII), des douleurs dans les membres sont les manifestations les plus fréquentes de ce stade. Dans l'observation V c'est brusquement, sans aucun prodrome, que la maladie a débuté. Il en est souvent ainsi.

1) *Début épileptiforme.* — La crise peut débuter par une perte de connaissance extrêmement brutale (Obs. V). Le malade pousse un cri, se raidit, et tombe à terre. D'emblée dans la majorité des cas on observe des convulsions cloniques. Celles-ci sont généralement étendues à tout le corps, y compris la face et les muscles des yeux (Obs. VI). Elles peuvent se localiser, à type hémiplégique par exemple (Obs. VI). La langue est mordue et une écume blanchâtre sourde des lèvres. La respiration est saccadée. Il n'y a pas d'incontinence des sphincters, en général. Les crises peuvent se répéter à intervalles plus ou moins rapprochés pendant un certain temps (15 heures dans l'observation V). Dans l'intervalle le malade est plongé dans le coma. La respiration est bruyante, stertoreuse. On constate parfois des vomissements (Obs. VI), une hémiplégie. A la phase éclamptique succède la phase comateuse. Celle-ci est d'une durée variable.

A cette période seule la ponction lombaire peut permettre le diagnostic, ce n'est que dans les heures et les jours qui suivent que peu à peu apparaissent la raideur, le hernig, etc... L'évolution est souvent favorable. A

côté de la grande crise d'épilepsie généralisée on peut voir un début par une attaque d'épilepsie Jacksonnienne.

2) *Début comateux.* — Précédé parfois de quelques prodromes, le coma survient plus souvent d'emblée. Il est plus ou moins accentué. Il peut n'être qu'un simple état de torpeur dont on peut tirer avec peine le petit malade, ou bien il est complet avec toute la symptomatologie classique. Il s'accompagne de température élevée, 39°, 40°, 41°2 (Obs. VII), d'accélération du pouls. Pendant quelques heures il constitue l'unique manifestation de la maladie, puis peu à peu sur ce fond comateux apparaissent les signes méningés, la raideur, la contracture des membres, des secousses convulsives et la maladie prend progressivement son cours normal. Ici encore la ponction lombaire sera d'un grand secours.

3) *Début délirant.* — Dalmenesche le décrit ainsi : « Quelques prodromes vagues parfois... puis tout d'un coup le malade se met à délirer, quelquefois d'une façon si brutale qu'on a pu noter exactement l'heure... Le sujet peut être prostré et le délire rester calme, mais la plupart du temps le délire est aigu, entrecoupé de cris, de vociférations, mâchonnements, évacuations involontaires, dilatation et contractions alternatives des pupilles. La température atteint rapidement 40°. Ce début ne reste pas longtemps pur. Et la méningite cérébro-spinale ne se révèle qu'après coup ».

c) Forme ambulatoire a terminaison foudroyante

Décrite par Sicard et par Pinault cette forme est peut-être plus fréquente qu'elle ne le paraît. Il est très difficile d'en faire le diagnostic en l'absence de la ponction lombaire ou des constatations d'autopsie. En pleine rue, au milieu de ses jeux l'enfant est pris de frissons, de convulsions, il perd connaissance, la température s'élève rapidement, la respiration s'accélère, il meurt en quelques minutes sans avoir présenté le moindre signe méningé. Parfois c'est instantanément que la mort survient.

Il s'agirait dans ces cas de méningite cérébro-spinale ambulatoire ayant passé complètement inaperçue étant donné le peu d'importance des symptômes provoqués par la maladie ou leur absence totale et qui se termine avec une rapidité étonnante. La constatation dans les cas de ce genre d'un liquide purulent à la ponction lombaire, ou d'un exsudat purulent recouvrant la pie-mère à l'autopsie explique parfaitement qu'il y ait en un stade latent préliminaire au fait clinique brutal qu'on a constaté.

L'observation VIII s'apparenterait peut-être à cette forme ambulatoire foudroyante par le caractère nettement purulent du liquide ceptalo-rachidien.

Observations des Cas de Formes Foudroyantes *

OBSERVATION I

MILLIGAN. — British Medical Journal, Juin 1907

Garçon de 7 ans, admis à 6 heures, le 11 Mai 1907. Le matin à la même heure il était dans son état de santé habituelle. Mais au déjeûner on le trouva couché, flasque et inconscient. Entre midi et 6 heures il eut plusieurs crises de convulsions au niveau des jambes et des bras avec déviation de la bouche vers la droite.

A l'admission. — Température 102°8 F... et pouls à 164. Le facies pâle, les extrémités cyanosées, l'enfant est inconscient, agité, il n'y a pas de Kernig, ni de rétraction de la nuque. On trouve de nombreux ganglions. Les pupilles sont égales, non dilatées et réagissent lentement à la lumière. On découvre de nombreuses taches purpuriques sur le tronc et les bras. Cœur normal. Quelques râles ronflants aux poumons. Respirations à type de Cheynes-Stokes. L'enfant devient graduellement calme, sa respiration s'embarasse. A 9 heures il a de nouveau plusieurs crises convulsives. Il meurt à 10 heures. La maladie avait duré 14 à 15 heures. La ponction lombaire faite après la mort avait ramené un liquide clair renfermant des méningocoques.

(*) La plupart de nos observations sont réservées.

OBSERVATION II

MILLIGAN. — British Medical Journal, Juin 1907

Fille de 6 ans, admise à 4 heures, le 24 Avril 1907. Elle avait été prise à 6 heures du matin de malaise avec vomissements et grande agitation voisinant rapidement l'inconscience. Elle est amenée à l'hôpital où l'interne trouve un léger Kernig à une jambe, sans raideur de la nuque et l'envoie sur le champ au pavillon d'isolement. A l'admission l'enfant était inconsciente et couverte d'un rash de pétéchies généralisées avec des éléments purpuriques.

Température 101°4 F... pouls 140. Blépharite marginale des yeux et légère conjonctivite purulente. Pupilles égales, réagissant à la lumière. Ganglions disséminés et nombreux. La nuque n'était pas rétractée mais légèrement rigide. Léger Kernig aux deux membres. La face était pâle, les extrémités cyanosées. Râles bruyants au niveau des deux poumons. Les bruits du cœur n'étaient pas entendus à cause de ces râles.

A 6 heures, crise de contracture des muscles de la face et des membres durant 5 minutes. Des crises semblables se répètent pendant la demi-journée suivante. Convulsion des bras et des jambes, et des yeux vers la droite. La respiration devient difficile, prend le type de Cheynes-Stokes ; la cyanose augmente et l'enfant meurt à 8 heures. La maladie avait duré 14 heures.

A l'autopsie les méninges très adhérentes étaient recouvertes d'un exsudat purulent. Le diplocoque de Weichselbaum fut isolé dans le liquide des ventricules.

OBSERVATION III

HOWARD et WARNER. — British Medical Journal, Avril 1907

E. E..., fille de 10 ans, était admise le 11 avril. L'enfant bien portante ce matin-là était allée en classe et durant toute la matinée elle avait vomi sans cause apparente. Elle rentre dîner à midi et se plaint simplement de douleurs à gauche de la mâchoire au moment de l'ouverture de la bouche. Elle retourne en classe l'après-midi et rien de nouveau n'est noté si ce n'est que soudainement elle tombe à la renverse du banc où elle était assise et a une attaque ainsi que le rapporte la maîtresse de l'école. Il était trois heures.

L'enfant est envoyé à l'hôpital à 5 h. 30, immobile, dans un état de stupeur. Elle ne répond à aucune des questions de sa mère et est rebelle à l'examen. Les pupilles sont dilatées et égales, la tête renversée en arrière avec rigidité très marquée de la nuque et des membres légèrement plus marquée du côté gauche. Respiration stertoreuse et rapide. Pouls à 148. Température 98° F... Il y a une parésie unilatérale. Les réflexes rotuliens sont vifs et égaux. Kernig bilatéral. Le signe de Babinski d'abord en flexion devient positif. Strabisme divergent constant et dissociation très nette des mouvements des yeux. Réflexe cornéen normal. Les mains étaient fermées et les pouces tournés vers la paume et de temps en temps il y avait des mouvements convulsifs. Les bras et les jambes étaient animés d'un tremblement bilatéral. Les genoux étaient pliés et toutes les articulations des membres. Mais la tête était renversée. Il n'y avait pas d'écoulement d'oreilles. Quelques signes de bronchite diffuse simplement. La pointe du cœur légèrement déplacée vers la gauche, mais les bruits étaient normaux.

Le diagnostic de méningite cérébro-spinale était posé et la thérapeutique instituée (chloral, bromure, etc.). Elle vomit encore dans la soirée. Durant la nuit la température oscilla autour de 103°. La stupeur augmenta. Le lendemain l'exagération des réflexes avait disparu. Le Rabinski était définitivement positif des deux côtés. Incontinence d'urine et des matières. Dans la soirée la respiration passa brusquement de 40 à 85 à la minute avec cyanose et légers mouvements bilatéraux des bras et des jambes. La température monta pendant cette crise à 166° F... La ponction lombaire ramena une grande quantité de liquide absolument clair avec un dépôt abondant dans lequel l'examen bactériologique montra des coccus prenant le gram, mais pas de méningocoques.

Une nouvelle attaque de dyspnée avec hyperpyrexie survint vers 11 heures la nuit et la malade mourut à 5 h. 30 le lendemain matin sans avoir repris connaissance.

OBSERVATION IV

BARBIER (Société Médicale des Hôpitaux, 20 Mai 1909)
(In thèse DALMENESCHE. Obs. VIII)

G..., fillette de 12 ans, bien contituée, sans maladie antérieure. Réglée il y a 8 mois.

Le 4 Mars au matin, l'enfant se plaint de gêne de la déglutition. Le médecin constate une angine erythémateuse, les piliers sont rouges et les amygdales tuméfiées. Pas de céphalée, pas de vomissement, aucun symptôme. Température 37°. Pouls 80. Vers 6 heures du soir l'enfant tombe brusquement dans le coma, elle est raide, la température s'élève à 39°. Elle est vue par le médecin à 2 heures

du matin. A ce moment elle est toujours dans le coma. La nuque est raide, les muscles des gouttières vertébrales contractés ainsi que les muscles fléchisseurs des avant-bras. L'enfant s'est mordu la langue à diverses reprises et saigne de la bouche. Le Kernig est très prononcé. Elle a eu un vomissement dans la nuit. Il existe des convulsions de la face et des yeux, du nystagmus, les pupilles sont très dilatées. Les réflexes rotuliens et abdominaux sont exagérés. Raie méningitique, taches purpuriques. Anesthésie cutanée complète.

8 Mars : Persistance du Kernig, de la raideur de la nuque, mais moins accusés. Hyperesthésie légère. Les pupilles réagissent à la lumière. Tache purpurique au niveau des coudes et de la face postérieure des bras. En rayant la peau avec l'ongle, on obtient une raie blanche persistante. Céphalée, douleurs dans les membres.

9 Mars : Kernig moins prononcé ainsi que la raideur de la nuque. Pupilles réagissant bien à la lumière. Céphalée moins prononcée.

10 Mars : Persistance d'une légère contracture.

11 Mars et jours suivants : Disparition graduelle des contractures, la malade entre en convalescence.

La ponction lombaire du 5 avait montré un liquide louche à formule cytologique suivante : poly : 8 % — lympho : 20 % et contenant quelques diplocoques intra et extra-cellulaires ne prenant pas le gram.

OBSERVATION V

Dené (Normandie Médicale 1909)

Il s'agit d'un écolier qu'on voit subitement au milieu du repas se jeter à la renverse sur sa chaise en poussant

un grand cri. Il se raidit et tombe avec tous les signes d'une attaque d'épilepsie. Les convulsions se renouvellent par crise pendant 15 heures. Dans l'intervalle le malade était dans le coma. La température s'élève en quelques heures à 39° 5. Le lendemain on constatait de la raideur de la nuque ; on porta le diagnostic de méningite cérébro-spinale que vient confirmer la ponction lombaire. Cinq jours plus tard le malade reprenait connaissance, la température tombait, la convalescence fut très courte.

OBSERVATION VI

NETTER et DEBRÉ in DALMENESCHE (Obs. II)

S... Léon, garçon de 11 ans, est amené à l'hôpital Trousseau, le 2 Avril, à 4 heures du soir. Il est la proie à une CRISE CONVULSIVE d'une extrême violence. Les parents nous racontent aussitôt que cet enfant jusque-là bien portant s'est un peu plaint de la tête la veille au soir, mais qu'il a biendîné cependant et bien dormi, qu'il a passé la matinée à l'école, a déjeûné comme à l'ordinaire.

A une heure de l'après-midi, comme la classe reprenait et que l'enfant allait réciter sa leçon, le maître d'école remarque sa pâleur et interroge l'enfant qui lui dit avoir une sensation de vertige.

L'enfant ne tarde pas en effet à perdre connaissance, puis il est pris de convulsions qui paraissent devenir de plus en plus violentes.

On le conduit chez un pharmacien, puis à l'hôpital.

L'enfant vomit en route et ses convulsions ne font que s'accroître.

Nous l'examinons à l'instant même où il arrive.

Les convulsions des muscles moteurs des yeux et des muscles faciaux sont extrêmes ; les membres, le tronc tout entier sont le siège de mouvements cloniques désordonnés, les lèvres sont bleuâtres, une spume blanche sort à travers les dents serrées.

Au bout de quelques instants les convulsions prédominent du côté droit (face, bras et jambe), la tête et les yeux sont déviés vers la droite, l'enfant vomit.

Il n'y a pas d'incontinence d'urine ni des matières.

La conscience est totalement absente.

Il n'y a nulle réaction à la piqûre et au pincement. Petit à petit les convulsions se calment et la respiration se ralentit, devient bruyante et stertoreuse.

Une phase comateuse fait suite à la phase éclamptique. A ce moment nous notons l'existence d'une hémiplégie droite totale. Babinski et Oppenheim positifs au membre inférieur droit. Nous pratiquons à ce moment une ponction lombaire qui nous permet de retirer sans peine 40 cc. d'un liquide clair. Une demi-heure après l'enfant reprend vaguement conscience, la jambe est moins paralysée et se mobilise un peu ; la face et le membre supérieur droit sont toujours paralysés. L'examen du liquide céphalo-rachidien nous ayant montré la présence de diplocoques de Weichelbaum, nous pratiquons une deuxième ponction lombaire de 40 cc. et nous injectons du sérum anti-méningococcique. L'enfant passe une nuit assez calme.

3 Avril : Le lendemain matin il a pleine connaissance, il répond bien aux questions, se plaint d'un peu de céphalée. Il n'y a plus trace d'hémiplégie. La nuque est raide, le signe de Kernig apparaît, la raie méningitique est manifeste.

Deuxième ponction lombaire : liquide un peu trouble,

formule à prédominance polynucléaire et méningocoques.

Dans l'après-midi l'enfant paraît assez abattu, il est également moins conscient que le matin ; la contracture des membres inférieurs a augmenté ; l'enfant ne peut plus s'asseoir. La nuque est plus raide, la céphalée plus intense. Le pouls et la respiration sont réguliers.

Le 4 Avril : L'état général est bon, la céphalée persistante, le Kernig toujours net, l'enfant n'a pas été à la selle depuis sont entrée.

Le 5 Avril : Le Kernig est toujours net, il n'y a plus ni raideur, ni céphalée, la constipation persiste, l'enfant se lève et fait quelques pas.

Le 6 Avril : Bon état. Kernig moins accentué.

Le 7 Avril : L'enfant est souffrant, se plaint de céphalée, il vomit, il est apathique. Le soir ces troubles ont disparu.

A partir du 8, l'état s'améliore et le 11 l'enfant se lève toute la journée.

OBSERVATION VII

COMBY. — **Méningite cérébro-spinale épidémique**
(Obs. XIII)

Fille de 10 ans, entrée à l'hôpital le 15 Mai 1908, sortie guérie le 5 juin. Cette enfant a été prise le 10 Mai de douleurs dans la tête et les membres inférieurs. Un médecin appelé la trouve dans le COMA avec une température de 41°2 et seulement 65 pulsations. La respiration est irrégulière et présente le rythme de Cheynes-Stokes. Mousse aux lèvres. Rien à l'auscultation des poumons. Puis le pouls monte à 140 et l'on constate la raideur du corps, la contracture des membres inférieurs. Traitement : sinapismes aux mollets,

sangsues derrière les oreilles, lavement purgatif. Le soir pouls à 90, respiration 40, température 38°3. Vomissements, constipation, raideur de la nuque, signe de Kernig, strabisme avec diplopie, céphalalgie violente, excitation, délire. On donne du bromure et du chloral. A l'entrée nous trouvons la raideur de la nuque et des membres, la raie méningitique. La ponction lombaire donne 20 cc. de liquide laiteux, contenant de nombreux polynucléaires et des méningocoques.

Le 20 Mai on constate une paralysie du moteur oculaire externe droit, mais il est dit que l'enfant louchait avant sa maladie.

Le 24 Mai nouvelle ponction lombaire ; liquide limpide coulant en jet (20 cc.).

Etat général bon, l'enfant demande à manger. La cutiréaction à la tuberculine faite le premier jour a donné un résultat négatif. Dès le 18 Mai, la température est tombée au-dessous de 37°, et elle n'a dépassé désormais ce chiffre que de quelques dixièmes.

Le 16 Mai, alors que l'enfant avait 40°, nous avons fait une injection intra-veineuse de 7 cc. d'électrargol. Guérison sans séquelles.

OBSERVATION VIII

(Obs. XII de la thèse de Colletie)

Serge C..., 5 ans, est entré le 8 Avril 1916 au 2e jour d'une méningite cérébro-spinale typique. Le début, brusque, a été marqué dans la nuit du 7 au 8 par des vomissements, de la fièvre, de l'agitation. Le lendemain matin apparaissent des convulsions généralisées.

8 Avril, à son entrée à l'hôpital, cris, agitation, visage vultueux, raideur de la nuque peu marquée, raideur de la colonne vertébrale, Kernig nets, hystagmus, strabisme, carphologie. La ponction lombaire donne issue à environ 10 cc. de liquide trouble et grumeleux, coulant en hypertension. On fait aussitôt une injection de 30 cc. de sérum anti-méningococcique intra-rachidienne. Examen du liquide : nombreux polynucléaires et méningocoques.

La mort survient à 3 heures au cours d'accès convulsifs.

II. — FORME SURAIGUË

La méningite cérébro-spinale a une évolution suraiguë lorsqu'elle tue en quelques jours. Cette forme, assez rare, se caractérise par l'intensité des signes d'infection et d'intoxication.

Les accidents bien que moins dramatiques que dans la forme foudroyante sont cependant d'emblée très graves. Rarement des prodromes annoncent la maladie (Obs. IX et XII) et le plus souvent le tableau clinique est dès le début très inquiétant : vomissements, céphalée, douleurs dans les membres, malaise général, température élevée, pouls petit et rapide. La face est vultueuse ou blafarde quelquefois. Les signes méningés sont toujours très marqués, raideur rapide de la nuque (Obs. XI), contractures, Kernig intense, crises convulsives répétées (Obs. IX), hyperesthésie cutanée, raie vaso-motrice, incontinence des sphincters. Mais les signes psychiques revêtent une gravité toute particulière. Le petit malade délire souvent, il est torturé par des cauchemars (Obs. IX), en proie à une agitation extrême (Obs. X, XI, XII), il pousse des cris incessants,

remue sans cesse bras et jambes. Il ne reconnaît plus son entourage et se montre d'une indocilité insupportable. Parfois il est au contraire abattu, somnolent, et cet état peut survenir à la suite d'une période de délire et d'agitation (Obs. IX).

Le liquide céphalo-rachidien est dès la première ponction lombaire trouble et purulent ; la formule cytologique est à prédominance polynucléaire très manifeste et il est rare (Obs. XII) que l'on ne décèle pas dès ce moment des méningocoques nombreux.

Rapidement le coma s'accentue. Les signes généraux deviennent des plus alarmants : pouls petit, filant, imperceptible, température extrême, respiration irrégulière. Des érythèmes infectieux, purpuriques surtout, peuvent apparaître. L'agitation est à son comble, le délire incessant ; parfois l'état comateux est complet avec résolution musculaire totale.

L'enfant meurt dans cet état après 3, 4 ou 5 jours de maladie quand un dernier accident convulsif ne vient pas l'emporter (Obs. IX).

La sérothérapie même précoce et intense (Obs. XII) est impuissante à lutter contre cette infection suraiguë. La guérison est exceptionnelle, et les 4 observations que nous rapportons se sont toutes terminées par la mort.

Observations des Cas de Forme Suraiguë

OBSERVATION IX

(Obs. 47 de la thèse de COLLETTE)

Lucienne B..., 2 ans ½, entre le 1er Juin 1909 au 3e jour, d'accidents mal déterminés. Le 30 Mai au matin l'enfant s'est plainte de vives douleurs de l'oreille gauche. Dans la soirée, vomissements. La nuit est très agitée, troublée par des cauchemars. Le 31, le médecin parle d'indigestion: vomissements verdâtres, une selle spontanée. Au cours de la journée: abattement, somnolence, douleurs dans l'oreille gauche très vives. Dans la soirée et au cours de la nuit : convulsions.

1er Juin : dans la matinée, 4 crises épileptiformes successives d'une grande intensité. Devant l'état de plus en plus alarmant, le médecin décide l'envoi à l'hôpital.

A son arrivée, à 10 heures, l'enfant est extrêmement agitée, présentant de la raideur de la nuque. La ponction lombaire donne issue 30 cc. de liquide purulent ; on injecte aussitôt 10 cc. de sérum de Kolle. A 13 heures les crises convulsives reviennent et se succèdent. Température 39°2 le soir.

A 23 heures, au cours d'un accident convulsif, l'enfant meurt.

Le liquide céphalo-rachidien renfermait de nombreux polynucléaires dégénérés et des méningocoques.

OBSERVATION X

(Obs. 46 de la thèse de COLLETTE)

Fillette de 13 ans, entre à l'hôpital le 15 Février 1910, au 4e jour d'une méningite cérébro-spinale.

Début brusque le 12 par des vomissements, de la céphalée, des douleurs dans les jambes. Le 13, céphalée intense. Le 14, l'enfant est très lucide, elle ne cesse de pousser des cris en portant les mains au front. Température 40°. Dans la soirée, état semi-comateux. Le 15, à son entrée, elle est presque dans le coma. La raideur de la nuque et le Kernig sont très nets ; la raie vaso-motrice est intense, il y a de l'albuminurie. Pouls à 84, irrégulier. Température 40°2. La ponction lombaire donne issue à 20 cc. de liquide louche coulant en hypertension. Injection de 20 cc. de sérum. Examen du liquide : nombreux polynucléaires détruits ; assez nombreux méningocoques. Dans la soirée l'enfant est dans le coma, la respiration devient irrégulière, elle meurt dans la nuit.

OBSERVATION XI

(Obs. 20 de la thèse de COLLETTE)

Fillette de 8 ans $\frac{1}{2}$, a été vue par M. Comby, pour la première fois, le 13 Août 1915, au 4e jour d'une méningite

cérébro-spinale typique. Le début brusque a été marqué le 10 Août 1915 par des vomissements, d'abord alimentaires, puis porracés, de la fièvre, une agitation intense, une raideur de la nuque rapide, du délire, du strabisme.

13 Août : raideur de la nuque très accentuée, Kernig, hyperesthésie cutanée ; délire continuel, agitation. Température du matin 39°6. La ponction lombaire donne issue à 30 cc. de liquide purulent, coulant en hypertension. Aussitôt injection de 30 cc. de sérum. Le liquide examiné montre de nombreux polynucléaires persque intacts et de nombreux méningocoques. Température du soir 40°.

Dans la nuit cris incessants, agitation extrême. L'enfant meurt 12 heures après l'injection de sérum.

OBSERVATION XII

(Obs. VI de la thèse de COLLETTE)

Maurice R..., 14 ans ½ est entré à l'hôpital le 26 décembre 1915 au 2e jour d'une méningite cérébro-spinale typique.

Début brusque : le 25 décembre l'enfant, dans la matinée, s'est plaint d'une céphalalgie légère ; malgré ce malaise il est allé au théâtre avec ses parents. Il y fut pris à nouveau de malaise ; céphalée, vomissements. Au cours de la nuit, température élevée, agitation, délire.

Le 26 décembre : céphalée, vomissements, raideur de la nuque, tête renversée en arrière, Kernig, hyperesthésie cutanée, température 39°4. L'enfant arrive à l'hôpital à 17 heures. La ponction lombaire faite aussitôt donne issue à environ 40 cc. du liquide franchement purulent, coulant en hypertension ; injection intra-rachidienne de 30 cc. de

sérum anti-méningococcique. Examen du liquide : polynucléaires nombreux, déformés, pas de méningocoques.

Le 27 décembre : Température du matin 38°5. Opisthotonos, agitation, délire, cris incessants. Au cours de l'après-midi, on pratique une deuxième ponction lombaire et on retire 30 cc. de liquide assez purulent : polynucléaires nombreux, pas de microbes. On fait 30 cc. de sérum intra-rachidien. Température du soir 39°.

Le 28 : aucune amélioration, l'enfant délire assez bruyamment, il ne reconnaît plus ses parents. Température du matin 38°8. Une 3e ponction lombaire donne issue à du liquide hypertendu ; très nombreux polynucléaires et quelques rares diplocoques ne prenant pas le Gram. 30 cc. de sérum intra-rachidien. Température du soir 40°. L'état général s'est aggravé, respiration irrégulière, pouls rapide, irrégulier, petit, délire incessant.

L'enfant meurt le 29 décembre, à 7 heures.

Nécrops : tout l'encéphale est injecté de sang. Pus épais, jaune verdâtre en abondance sur le cerveau, dans les ventricules, au niveau de la base, dans le canal vertébral ; rien aux autres viscères.

CHAPITRE TROISIÈME

Formes prolongées

Les formes prolongées de la méningite cérébro-spinale chez l'enfant forment une grosse majorité parmi les observations que nous avons recueillies. Ceci indique leur fréquence, donc leur importance. Elles ont d'ailleurs été l'objet d'études nombreuses et diverses (BERTRAND, DEBRÉ, AUCHÈRE, DESPUJOLS, PRUVOST, etc...) qui ont bien précisé leurs caractères.

La plupart des observations (près des 2/3) se rapportent à la période de l'histoire de la méningite cérébro-spinale où la sérothérapie était inconnue ou pratiquée à dose insuffisante ; et il est heureux de constater que l'emploi du sérum anti-méningococcique à doses plus grandes et par des voies plus variées ait en quelque sorte jugulé ces formes graves (AUCHÈRE, NETTER).

Mademoiselle AUCHÈRE dans son étude des formes prolongées divise celles-ci en trois groupes : formes à début prolongé, formes à rechutes, formes à marche chronique. Il nous paraît et c'est ce que montrent nos observations que seuls les deux derniers groupes ont droit de cité dans notre classification ; le premier en effet ne rentre pas à propre-

ment parler dans ce cadre et nous l'avons signalé à propos de la forme normale quand nous avons décrit son début insidieux.

Nous étudierons donc :

I. — Formes a rechutes ;

II. — Forme chronique.

I. — FORMES A RECHUTES

Les formes à rechutes sont caractérisées par ce fait qu'il se produit une reprise de la méningite cérébro-spinale au moment où l'on croyait le malade guéri. Elles ont été étudiées par de nombreux auteurs et les observations ne manquent pas dans la bibliographie médicale tant chez les adultes que chez les enfants. Elles sont même particulières à ceux-ci et d'après Sainton et Voisin « elles ne se montrent guère après 25 ans ». Nous en avons recueilli 9 observations.

Mais il nous faut dès maintenant distinguer deux ordres de faits : d'un côté la forme à rechute décrite par Bertrand en 1903, signalée avant lui par Sicard et Brécy (1898), Babinski, Curtillet, Patoir, etc..., étudiée à nouveau par Pruvost en 1924, et qui, à notre avis, est plutôt une forme à rémissions prolongées qu'à rechutes proprement dites ; d'un autre côté la forme à rechutes tardives de Netter (1918) déjà mentionnée par lui en 1898 et dans laquelle le stade intermédiaire de bonne santé est beaucoup plus nettement établi.

1) *Forme à rechutes de Bertrand*

« La disparition et la réapparition successives de l'ensemble symptomatique de la méningite cérébro-spinale constitue le trait caractéristique de la forme à rechutes » (Bertrand). La période d'invasion est généralement normale. Parfois le début est assez lent et progressif de telle sorte que le diagnostic n'est posé qu'avec hésitation.

Puis la période d'état survient avec ses phénomènes d'excitation et de dépression mêlés et associés de façon diverse. Et au bout de quelques jours, 8 à 10 en moyenne (Obs. XIII, XIV) on voit une rémission se produire portant surtout sur les phénomènes généraux. Le malade sort de sa torpeur et s'alimente (Obs. XIV) ; il a repris connaissance, la raideur de la nuque et le Kernig sont beaucoup moins prononcés (Obs. XIII) ; la céphalée, les vomissements ont cessé, la température tombe à 37° (Obs. XV). Et l'on croit que cette rémission est l'annonce d'une convalescence prochaine.

L'amélioration s'accentue en général pendant un certain temps, 8, 15 jours (Obs. XV), 1 mois (Obs. XIV) ; elle est parfois beaucoup plus longue ; souvent le petit malade a eu la permission de se lever, de sortir, il s'alimente et présente même fréquemment de la boulimie (Obs. XIV). Et tout d'un coup sans que rien ne le fasse présager un temps d'arrêt survient dans cette convalescence ébauchée. La température reprend (Obs. XV), ou bien c'est une crise de céphalalgie (Obs. XIV) de vomissements (Obs. XIII) et pendant plusieurs jours les

phénomènes méningés réapparaissent. Une nouvelle méningite semble se constituer. Des rechutes nouvelles se succèderont les jours suivants. Leur nombre est variable, 2 ou 3 (Obs. XIII et XV) parfois plus, 4, 10 (Pruvost) et on « rencontre des observations d'une durée de plusieurs années » (Bertrand) qui rentrent d'ailleurs plutôt dans le cadre des formes ambulatoires.

Bien souvent s'il y prête attention l'observateur « peut trouver des jalons suffisants pour baser un pronostic de rechute ». Tant qu'il existe quelques symptômes, irrégularités du pouls, poussées thermiques passagères, légère raideur de la nuque (Obs. XV), amaurose (Obs. XIV), érythème quelconque (Obs. XIII), etc..., il se méfiera d'une reprise possible et ne se hâtera pas de pronostiquer une terminaison prochaine.

L'examen du liquide céphalo-rachidien viendra en aide ; il est trouble et contient encore quelques éléments cellulaires qui éveillent le doute. Parfois cependant (Obs. XVI) il reste clair et stérile dans l'intervalle des poussées infectieuses.

La durée totale de la maladie est variable, 2 ou 3 mois, 6 mois quelquefois (Obs. XV) et par ce côté la forme à rechutes s'apparente à la forme chronique dont elle partage d'ailleurs à la longue la cachexie (Obs. XV).

La terminaison de cette forme à rechutes est généralement favorable et certains auteurs (Sainton et Voisin) l'appellent « méningite récidivante curable ». Cependant la mort peut s'observer (Osb. XIII) et les cas de guéri-

son peuvent être entâchés de séquelles qui en assombrissent le pronostic : surdité (Obs. XVI), amaurose (Obs. XIV).

En somme à côté du trait caractéristique principal de la méningite à rechutes qui est la disparition et la réapparition successives de l'ensemble symptomatique il en existe un autre sur lequel BERTRAND (et avec lui la plupart des auteurs) n'a pas insisté suffisamment à notre gré ; c'est le fait que pendant les périodes de rémission le malade ne revient jamais à un état intégral de santé parfaite. Il en est tout autrement dans la forme à rechutes tardives.

2) *Forme à rechutes tardives de Netter*

Cette forme moins bien connue que la précédente, avec laquelle la confondent les descriptions classiques, n'en a pas moins à nos yeux une entité clinique évidente. Son caractère principal réside en ce que lors des périodes de rémission le malade semble parfaitement guéri. Il n'existe pas le moindre symptôme qui puisse faire soupçonner une atteinte latente des méninges. La ponction lombaire qui pourrait sans doute la déceler n'a pas été pratiquée à ce moment dans les cas que nous avons relevés. La durée de l'intervalle entre les crises n'a pas une importance capitale. Il est souvent assez important (3 mois dans l'observation XVIII), mais il peut être moindre (15 jours, 1 mois) et même inférieur à celui que l'on constate dans certains cas de la forme de

Bertrand. Il n'en est pas moins vrai que contrairement à celle-ci cet intervalle est absolument dépourvu de tout symptôme de mortalité. L'enfant paraît en excellente santé.

Si l'expression ne nous semblait pas si longue nous proposerions d'appeler cette forme : « forme à rechutes avec intervalles de santé parfaite », afin de mieux l'opposer à la précédente.

Observations des Cas de Forme à Rechute

OBSERVATION XIII

CURTILLET (Archives générales de Médecine 1902, N° 1)
(In thèse BERTRAND)

D... Hippolyte, 3 ans ½, demeurant à Alger, est entré à l'hôpital de Mustapha le 9 Février 1901 et y est décédé le 4 Juin.

L'enfant s'était enrhumé, il toussait un peu, et n'était pas aussi gai que d'habitude depuis le 3 Février.

5 Février. — Il va en classe, mais il pleure et se couche sur un banc en se plaignant. Il a les pommettes très rouges et de la fièvre. Il pleure et se plaint toute la nuit.

6 Février. — Il ne parle pas, sa langue est couverte d'un épais enduit blanchâtre. Quelques secousses dans les membres. Raideur de la nuque. Il porte fréquemment les mains au ventre et à la tête en poussant des cris. Vomissements bilieux, constipation. Les symptômes s'accentuent. L'enfant est couché en chien de fusil, grimace quand on veut l'asseoir ; la torpeur s'accentue. Et à son entrée le 9 il est dans le coma ; Kernig, raideur, respiration inégale, pupilles dilatées. Ponction lombaire : 60 cc. de liquide purulent.

Le 10 Février, le malade est sensiblement amélioré, il a connaissance et ne délire pas. On prescrit un grand lavement et deux bains tièdes par jour. Dans la soirée il se plaint ; on procède à une nouvelle ponction lombaire : liquide trouble.

11 Février. Mieux sensible. Raideur et Kernig moins prononcés. L'enfant semble éveillé, mais répond par des sons inarticulés, il semble avoir perdu l'usage de la parole.

Du 12 au 22, le mieux persistent. Deux ponctions lombaires ont donné un liquide trouble. On a fait un abcès de fixation.

Le 22, la raideur est un peu revenue. Légère inégalité pupillaire. Soubresauts tendineux.

Le 23. — Abcès étendu de la paroi abdominale (abcès de fixation).

Le 24. — Raideur de la nuque et torticolis.

Le 2 Mars. — L'enfant est rose, il a faim ; selles normales, éruption de sudaminas et de quelques plaques érythémateuses.

Les jours suivants l'état est meilleur.

24 Mars : Vomissements incoercibles toute la journée. L'enfant très pâle, très affaibli, ne se nourrit pas.

26 Mars : Etat adynamique très prononcé. Raideur de la nuque et Kernig ont reparu, pourtant la température reste normale. On reprend les bains chauds.

1er Avril : Les vomissements sont toujours fréquents ; l'enfant se plaint toute la nuit, raideur de la nuque et Kernig des plus nets. Pouls 160. Température 38°7, 38°5.

4 Avril : Vomissements moins fréquents. Enfant plus éveillé, a beaucoup mangé. Strabisme interne de l'œil gauche, inégalité pupillaire.

6 Avril : Vomissements persistants. On essaie de nourrir l'enfant au moyen d'une sonde nasale.

9 Avril : On reprend l'alimentation par la bouche qui est bien supportée.

13 Avril : Affaiblissement extrême. Enfant couché en chien de fusil. Pupilles dilatées, égales. Respiration irrégulière. Raideur de la nuque plus marquée. Opisthonos léger. Escharres. Toux fréquente.

A partir du 17 Avril l'état du malade s'aggrave progressivement. Il semble réduit à la vie végétative et présente une espèce de boulimie. Cet état se prolonge encore plus d'un mois et l'enfant meurt le 4 juin.

La nature méningococcique de la méningite avait été vérifiée par l'examen du liquide céphalo-rachidien des diverses ponctions.

OBSERVATION XIV

MACHTOU (Archives générales de Médecine 1902, N° 1)
(In thèse BERTRAND)

J..., 2 ans, demeurant à Alger, n'a jamais été malade jusqu'à la fin du mois de mars 1901. A cette époque son humeur change, il se plaint et pleure souvent. Dans les premiers jours d'avril on constate de la fièvre, de la raideur d ela nuque, du strabisme, du Kernig, des vomissements.

10 Avril : L'enfant est dans une profonde torpeur, couché en chien de fusil, le regard fixe, les pupilles dilatées et insensibles. Il se plaint dès qu'on le touche. Raideur de la nuque, pas de Kernig. On pense plutôt à une méningite tuberculeuse.

Ponction lombaire : 20 cc. d'un liquide sortant en jet paraissant absolument clair, laissant un dépôt insignifiant. Il contient du méningocoque et sa formule cytologique est à prédominance polynucléaire.

L'état général ne s'améliore pas.

Le 12 Avril : L'enfant est pris de convulsions.

Le 13 Avril : Nouvelle ponction lombaire, 30 cc. d'un liquide de même aspect que la première fois. Les convulsions cessent mais l'état reste mauvais, l'enfant semble ne plus voir.

Vers le milieu de mai il reprend un peu, sort de sa torpeur et s'alimente.

Juin : Véritable boulimie. L'enfant revient peu à peu à son poids normal, mais l'amaurose persiste.

7 Juillet : Il a été repris depuis quelques jours de vomissements et de céphalalgie. Raideur de la nuque, pas de Kernig. Pupilles moyennement dilatées et paresseuses. L'enfant ne distingue pas les objets.

OBSERVATION XV

MOIZART et GRENET. Société Médicale des Hôpitaux, Déc. 1902
(In thèse BERTRAND. Obs. IV)

M... Maurice, 6 ans ½, entre le 19 Avril 1901 à l'hôpital des enfants malades, pour de violents maux de tête et une fatigue générale. L'enfant n'a jamais été malade.

Quinze jours avant d'entrer à l'hôpital, il a commencé à devenir plus triste et à perdre l'appétit. Il souffre du ventre depuis quatre jours, est courbaturé, crie dès qu'on le touche. La céphalalgie a augmenté. L'enfant est très cons-

tipé et dans les quelques jours qui ont précédé son admission, il a vomi ses aliments une fois, et une purgation qu'on voulait lui administrer.

Le 20 Avril on constate des signes cliniques indéniables de méningite cérébro-spinale : abattement, céphalalgie, raideur extrême de la nuque, Kernig léger, herpès, ventre rétracté, hyperesthésie cutanée généralisée. Les pupilles sont un peu dilatées. Pouls à 100. Température 38°6 le matin. 39°7 le soir.

Le 22 Avril : L'enfant souffre un peu moins de la tête, il répond bien aux questions, mais il a l'ouïe un peu dure. La raideur de la nuque est toujours très marquée. Pas de trouble oculaire, pas de Kernig, pas de vomissements. Pouls 108. Température 38°2, 39°8, respiration normale.

Les jours suivants une surdité progressive s'installe, le Kernig est net et bilatéral.

Le 26 Avril la température qui était de 40°, tombe brusquement à 37° pour remonter d'ailleurs à 38°7 le soir.

Le 27 Avril : On note quelques irrégularité du pouls. On retire par ponction lombaire environ 10 cc. d'un liquide transparent, mais un peu trouble et laissant déposer quelques flocons. L'examen cytologique montre de nombreux polynucléaire. On ne trouve pas de microbes.

Le 2 Mai l'état général est meilleur, la raideur de la nuque existe encore, mais beaucoup moins marquée. Le malade entend beaucoup mieux, La température continue à subir des oscillations très marquées.

Le 6 Mai on note la cessation complète de la fièvre ; le malade paraît entendre assez bien, mais la raideur des muscles du cou est appréciable.

A partir du 11 Mai la température semble baisser progressivement.

Le 15 Mai, elle n'atteint plus que 36°8 le matin, 37° le soir.

16 Mai : Il se produit une nouvelle ascension thermique (39°4 le matin, 37°2 le soir) pendant toute cette période, l'état général semble s'améliorer très lentement : l'enfant est un peu moins abattu, mais il reste toujours grognon et ne s'intéresse pas à ce qui l'entoure.

Le 18 Mai : La nuque semble encore un peu raide, il est difficile d'ailleurs de savoir si cette raideur a diminuée et si le malade entend mieux car il est très capricieux, se débat violemment, crie dès qu'on veut l'examiner.

Température 36°8 le matin, 37° le soir. L'enfant a subi depuis le commencement de la maladie un amaigrissement considérable qui continue à s'accentuer.

19 Mai : La température s'élève à 37°8, cette poussée fébrile ne dure qu'une journée, mais à partir de cette date, elle se renouvelle assez régulièrement tous les deux jours, atteignant 38°2 le soir.

30 Mai : Bien que la température ne soit pas encore tout à fait normale, l'état général est relativement satisfaisant. Le malade se nourrit mieux, ne vomit pas ; le sommeil est meilleur, il n'y a pas d'irrégularité du pouls, les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation, cependant l'amaigrissement est extrême, la peau sèche et cireuse, le visage est ridé et a un aspect simiesque très accentué. La raideur de la nuque est de nouveau très marquée, il y a une ébauche de signe de Kernig, le ventre est rétracté et l'enfant se tient habituellement couché en chien de fusil.

2 Juin : L'enfant est très calme mais reste couché en chien de fusil. L'amaigrissement s'accentue de plus en plus. La raideur diminue. On note quelques irrégularités du pouls. L'enfant est complètement sourd.

Le 3 Juin : La raideur des muscles du cou disparaît. Les irrégularités du pouls persistent. L'amaigrissement est extrême.

4 Juin : La ponction lombaire retire 10 cc. de liquide légèrement louche s'écoulant goutte à goutte. L'examen montre toujours des polynucléaires mais aucun microbe n'est décelé.

7, 8 Juin : Légère élévation thermique, 38°5, sans aggravation des autres symptômes.

13 Juin : L'état semble s'améliorer, l'enfant s'alimente un peu, des escarres sacrées et sous-trochantériennes survenues dès le 2 juin sont très profondes.

20 Juin : L'enfant se tient recroquevillé dans son lit et paraît plus abattu : un vomissement alimentaire s'est produit pendant la nuit. Pouls rapide mais régulier. Température 37°9, 37°.

22 Juin : La température est revenue à la normale, le pouls est régulier et moins rapide, le malade ne se tient plus en chien de fusil, il s'alimente assez bien avec des potages et a une selle normale par jour ; les escharres sont moins profondes.

30 Juin : L'état général continue à s'améliorer, la température reste normale, l'amaigrissement est moins marqué, mais la surdité persiste.

6 Juillet : L'enfant est très éveillé, il paraît entendre. Il a grand appétit et commence à engraisser. La température reste normale. L'intelligence s'éveille. Les escharres se cicatrisent.

10 Septembre. — La ponction lombaire donne un liquide absolument limpide et l'examen microscopique montre l'absence de tout élément cellulaire. L'enfant paraît com-

plètement guéri et ne présente plus de trace de surdité. Mais son caractère est bizarre. Il s'impatiente, crie, rit et pleure à tout propos.

OBSERVATION XVI

HAUSHALTER et RÉMY
(Revue de Médecine de l'Est, 1913)

« .. » Un cas fut intéressant par un type subaigu et rémittent : Bien que les signes méningés fussent amendés, sinon presque disparus, il se reproduisit plusieurs fois durant six semaines à intervalle de quelques jours, de brusques poussées thermiques. Au moment de ces poussées on trouve le liquide céphalo-rachidien louche et contenant des méningocoques, alors que dans l'intervalle il était clair et apparemment stérile ; au moment des poussées aucun signe de méningite. La guérison se fit avec surdité d'origine centrale comme séquelle.

OBSERVATION XVII

COMBY : **Méningite cérébro-spinale épidémique** (Obs. XIV)

Garçon de 28 mois, entré à l'hôpital le 16 juin 1908, pour une maladie aiguë qui a débuté brusquement le 11 juin par des vomissements et une syncope, puis somnolence, mutisme.

Le 14 : Amélioration. Puis 40°.

On fait le jour de l'entrée une ponction lombaire et une injection intraveineuse d'électrargol de 5 cc. Cuti-réaction négative.

Le 19 : Nouvelle ponction lombaire et deuxième injection intraveineuse d'électrargol. Pas de signe de Kernig, mais raideur de la nuque et de la colonne vertébrale. Liquide céphalo-rachidien louche, à polynucléaires et méningocoques.

Jusqu'au 10 Juillet amélioration. Le soir, rechute, 39°, ponction lombaire (15 cc. de liquide louche) opisthotonos, raideur.

Le 17 Juillet : ponction lombaire (10 cc. de liquide louche) et injection intra-rachidienne de 4 cc. d'électrargol.

Le 25 Juillet : cinquième ponction lombaire (20 cc. de liquide louche).

Le 28 Juillet, sixième ponction lombaire (30 cc. de liquide louche).

Défervescence après quelques reprises de température.

Il sort le 24 Août. Le 31 il rentre pour diphtérie. Le 1er Octobre il revient nous voir entièrement guéri et sans séquelles. Durée : 2 mois.

OBSERVATION XVIII

NETTER (Archives de Médecine des Enfants, 1919) (Obs. II)

L'enfant, Eugène F..., âgé de 11 ans, était entré dans notre service ,le 21 décembre 1909, au 3e jour d'une méningite cérébro-spinale contractée à l'hospice de la Salpétrière. Il s'agissait d'une méningite rebelle qui nécessita 15 injections de sérum dont la dernière le 14 janvier 1910, 26e jour de la maladie.

A partir de ce moment le rétablissement paraissait complet. L'enfant contracta malheureusement la rougeole le

31 Janvier. Cette rougeole compliquée le 7 Février de diphtérie ne réveilla aucun trouble nerveux et le malade quitta Trousseau le 20 Février dans un état des plus satisfaisants.

Le 29 Mars il est pris de convulsions et conduit à l'hôpital par son père. La ponction lombaire le 29 et le 30 donne un liquide purulent renfermant des méningocoques. L'enfant est retiré par les parents dans un état désespéré.

OBSERVATION IXX

NETTER (Archives de Médecine des Enfants, 1919)
(Obs. 10)

Louise Chab... 5 ans, a été soignée par nous d'une méningite cérébro-spinale à partir du 5 Août 1916. Elle avait fait déjà, pour la même maladie, un séjour dans le service de Triboulet, du 17 au 19 Juin de la même année. La première atteinte avait cédé très rapidement à un traitement énergique commencé dès le 1er Juin, 90 cc. de sérum en 3 injections. La 2e atteinte céda également à 3 injections d'une quantité totale de 60 cc. Dans l'intervalle la santé avait paru parfaite.

OBSERVATION XX

Jules RENAULT. Société Médicale des Hôpitaux, 1918
(Obs. très résumée)

Une enfant était guérie vers le 15e jour d'une méningite cérébro-spinale d'apparence normale. Elle présente de nouveau des phénomènes méningitiques. Le liquide céphalo-

rachidien extrait ne contient pas de microbes. La malade guérit. 18 jours plus tard elle fait de nombreux phénomènes méningés. Cette fois le liquide céphalo-rachidien contient des méningocoques.

OBSERVATION XXI

NETTER. Société Médicale des Hôpitaux, 10 Mars 1905
(A propos d'une communication de LETULLE et LEMIERRE)

Chez un enfant de deux ans dont l'histoire est rapportée dans la thèse de Blayot, nous avons vu la fièvre supprimée pendant trois semaines, du 18 Avril au 5 Mai. En même temps que les symptômes de méningite avaient disparu. Ceux-ci n'en reparurent pas moins et chez notre petite malade la durée totale de la maladie fut de quatre mois.

II. FORME CHRONIQUE

Encore appelée forme prolongée cachectisante (Debré), forme traînante (Nobécourt), la forme chronique de la méningite cérébro-spinale chez l'enfant est caractérisée par deux traits importants : la cachexie et la durée des accidents. Assez commune avant l'ère sérothérapique, elle n'est pas rare actuellement, bien que la fréquence en soit cependant diminuée. Nous en réunissons 18 observations et nous n'avons pas recueilli toutes celles qui ont été publiées. Elle a été étudiée surtout par Debré, ainsi que nous le disons dans nos notes sur l'historique, et par Despujols. Signalons enfin, dans ce préambule, bien que nous nous en tenions ici au faits cliniques, qu'il s'agit, dans ces cas, assez souvent plus de méningo-ventriculites ou méningo-épendymites que de méningites vraies, ainsi que le montrent les constatations anatomiques.

Le début de la méningite ne permet pas de présumer si son évolution sera rapide ou traînante. « Il peut être le même dans les deux éventualités »

(Nobécourt). Les premiers jours rappellent absolument, dans la forme chronique, les manifestations morbides des méningites aiguës et ils en ont l'allure bruyante. Parfois, le début est atypique et trompeur, mais ceci se voit plus souvent chez le nourrisson (Nobécourt). Puis, au bout d'un temps variable, 15 jours, 1 mois (Obs. XXII, XXV, XXXIII), ou 8 jours (Obs. XXIX), les divers symptômes s'atténuent ; l'enfant peut s'asseoir seul dans son lit, son état général est meilleur (Obs. XXXIII) ; il se lève, va et vient dans la chambre (Obs.) XXV), la raideur, la céphalée ont diminué (Obs. XXIX) ; la température descend à la normale (Obs. XXXII). Mais il persiste toujours quelques symptômes : raideur de la nuque, Kernig, crises convulsives (Obs. XXXII) ; démarche hésitante, troubles psychiques qui indiquent que l'affection sommeille tout simplement pour se réveiller ensuite. En effet, ces rémissions passagères ne sont que de courte durée (Obs. XXVII, XXXIII, XXXIV). Elles peuvent cependant persister plusieurs mois (Obs. XXX, XXV), et l'on ferait facilement figurer les cas de ce genre dans les formes à rechutes. Parfois la maladie ne présente aucune rémission (Obs. XXXVII).

On observe ainsi des *alternatives de sédation et d'aggravation ;* et peu à peu se marquent les stigmates pathognomoniques de l'*évolution chronique.*

Ils sont de trois ordres : phénomènes généraux, symptômes nerveux, modifications du liquide céphalo-rachidien.

a) Phénomènes généraux

La fièvre n'a rien de caractéristique. Tantôt elle est irrégulière et présente des poussées thermiques suivies de rémission qui accompagnent les reprises de 39° 39°5 jusqu'à la mort ; tantôt enfin elle est plus ou moins continue et rappelle dans son ensemble la courbe d'une fièvre thyphoïde (Ob. XXXVI) ; tantôt elle demeure en plateau autour de 39° 39°5 jusqu'à la mort ; tantôt enfin elle s'abaisse et redevient normale pendant les derniers jours (Ob. XXXIV). On observe parfois de l'hypothermie. (Ob. XXII-XXVI).

L'état général reste longtepms satisfaisant et l'ensemble des signes généraux ne sont pas particulièrement différents de ceux de la forme normale.

Despujols signale la fréquence des complications articulaires pouvant aller jusqu'à l'arthrite suppurée et qui paraissent être la seule fixation métastatique du méningocoque en dehors des méninges.

b) Symtômes nerveux

Nous les décrivons par ordre d'importance.

1) *Troubles trophiques.* — Ce qui domine le tableau c'est la *fonte musculaire et graisseuse.* Celle-

ci ne manque dans aucune de nos observations ; et tous les auteurs insistent sur cet état de maigreur vraiment extarordinaire où peuvent arriver les malades. « Les membres sont d'une gracilité excessive, l'abdomen est creusé, et sur la peau se dessinent les muscles de la paroi abdominale. Au thorax, les côtes marquent leur relief ; au niveau de la face, la peau est ridée à tel point que le visage grimaçant prend une expression simiesque ». (Netter et Debré). La peau présente, elle aussi des troubles trophiques importants : elle est rugueuse, écailleuse, sillonnée de placards érythémateux ; des escarres peuvent apparaître aux points de pression et entraîner des infections cutanées graves. (Obs. XXVII). On signale de l'hypertrichose (Obs. XXV).

2) *Troubles psychiques.* — Ils sont caractérisés avant tout par les phénomènes de dépression ; l'obnubilation et la torpeur réalisent le tableau de la confusion mentale avec stupeur. Le malade immobile, inerte ,le visage inexpressif, semble figé. Il répond à peine aux questions et reste insensible à ce qui l'entoure. « Cependant lorsqu'on leur (les malades) apporte à boire et à manger, leur regard s'anime et leur face grimaçante exprime une joie très vive : ils ne bougent point pour saisir les aliments qu'on leur tend, mais les engloutissent comme « à la becquée ». (Netter et Debré). La douleur également réussit à les tirer de leur torpeur ; la moindre tentative d'examen, la recherche des réflexes

tendineux par exemple, les fait sortir de leur abattement et ce sont des gestes hostiles, des cris, des larmes (Ob. XXV). Celui-ci est parfois si accusé que l'enfant se laisse pratiquer la ponction lombaire sans pousser un cri, sans ébaucher un seul mouvement de défense (Ob. XXIII).

Dans certains cas ce sont au contraire les phénomènes délirants qui l'emportent (Ob. XXIX), quelquefois même des hallucinations tracassent le malade (Despujols).

Cependant des phases de lucidité plus ou moins parfaite peuvent s'observer et la scène se modifie; les souffrances deviennent alors extrêmement vives. Le frôlement de la peau, la malaxation des masses musculaires, le changement de position sont très douloureux.

3) *Les troubles sphinctériens* sont constants (incontinence permanente des matières et des urines plus souvent que leur rétention). Ils sont dus, pour une grande part, à l'état psychique des sujets.

4) *Troubles sensitivo-moteurs.* — Les malades présentent un certain nombre de troubles sensitivo-moteurs dont nous n'entreprendrons pas la description détaillée, car ils ressemblent à ceux de la forme normale : parésies diverses, tremblements, mouvements athétosiques, troubles des réflexes variables, hypéresthésie cutanée, etc. Nous voulons

surtout insister sur quelques-uns d'entre eux plus importants et plus constants :

A) *Les contractures.* — Un caractère important qui frappe dès qu'on approche de ces enfants est la raideur extrême de leur corps amaigri. La nuque est rejetée en arrière et enfonce l'oreiller, la colonne vertébrale est fixée en opisthotonos, les membres sont fléchis, le Kernig est des plus intense (Obs. XXV, XXX, XXXIII). L'enfant décrit un véritable arc de cercle dans son lit (Ob. XXIX), Dans un cas (Ob. XXXI), la raideur, bien que très marquée, était localisée à la nuque et le malade avait été hospitalisé dans un service de chirurgie pour mal de Pott. Au repos l'enfant est recroquevillé sur lui-même, immobile, évitant tout examen qui exagère la contracture. Celle-ci cesse généralement à la période terminale.

B) *Les convulsions.* — Elles peuvent être localisées ou généralisées et atteindre les muscles de l'œil. Elles sont très fréquentes. On les voit signaler l'établissement de la maladie (Ob. XXXII), et quelquefois précéder de peu la mort. Souvent elles se produisent beaucoup plus tôt et peuvent constituer l'essentiel de la maladie (Ob. XXIV, XXIX, XXXII). Leur nombre peut être très élevé, 150 en 5 mois dans une de nos observations (Ob. XXX).

C) *Les Paralysies.* — Une véritable quadriparésie peut se manifester au cours de l'évolution de

la maladie et ajouter encore à l'immobilité et à la maladresse du sujet. Elle cesse généralement assez rapidement en même temps que les autres symptômes (Ob. XXV).

Despujols rattache à la forme chronique certains cas où « des phénomènes parétiques qui dominaient tout d'abord la symptomatologie se sont atténués ensuite sans disparaître », et il propose d'admettre une forme *paralytique et chronique*.

Nous avons relevé dans sa thèse le cas suivant de Claude et Lejonne :

Un enfant de 8 ans est pris le 8 février 1907 de céphalée, le 10 il présente une quadriplégie. Puis s'installent des signent de méningite cérébro-spinale, dont le diagnostic est confirmée par la ponction lombaire. Après une rechute survenue le 23, le malade entre en convalescence le 15 mars. Mais la quadriplégie persiste. Elle ne régresse que peu à peu et à la fin de juillet les auteurs trouvent que l'état général de l'enfant est des plus satisfaisants. Cependant il existe encore un état paretique atrophique qui s'améliore et laisse place à une hémiplégie droite. La ponction lombaire montre une légère polynucléose.

Il nous semble qu'en l'absence de tout signe clinique d'infection permettant de rattacher cet état parétique à une méningite en évolution, on doit plutôt considérer celui-ci comme une séquelle régressant lentement que voir en lui la signification d'une méningite à forme chronique.

d) *Les troubles sensoriels.* — « Il est extrêmement fréquent d'observer chez ces malades une grave atteinte d'une des fonctions sensorielles : vision ou audition » (Netter et Debré). « Aveugle et sourd, tels sont les mots que l'on retrouve dans presque toutes les observations ». (Despujols).

La surdité est généralement un signe précoce et subit. Elle est souvent complète, bilatérale et incurable par lésion définitive du nerf auditif ou du labyrinthe (Ob. XXII, XXXIII, XXV, XXX). Des signes vestibulaires peuvent s'ajouter aux précédents.

Enfin, on a signalé des odites moyennes, de la tympanite (Ob. XXXIII).

Du côté des yeux, les complications sont également fréquentes. On observe des troubles de la musculature extrinsèque ou intrinsèque : strabisme, généralement unilatéral, quelquefois bilatéral ; pupilles dilatées, inégales. Des lésions de conjonctivite, d'iridochoroïdite (Ob. XXXIV), ont été signalées. L'amblyopie, l'amaurose, sont fréquentes ; elles s'installent lentement, elles sont dues à l'hypertension intracrânienne et une intervention judicieuse pourra en enrayer la marche (ponction lombaire, ponction ventriculaire, trépanation décompressive). L'examen du fond d'œil montrera, selon le stade des lésions, soit une simple hypérémie papillaire, soit des lésions de papillite, soit une neuro-rétinite. Dans certains cas, où le

fond d'œil est normal, la cécité s'explique par une névrite optique d'origine infectieuse (Ob. XXX).

c) Modifications du liquide céphalo-rachidien

L'examen du liquide céphalo-rachidien permet souvent de prévoir, au cours d'une méningite cérébro-spinale aiguë qui dure plus longtemps que de coutume, qu'elle prendra la forme chronique. En effet, normalement, l'amélioration clinique est corollaire d'une amélioration des signes fournis par la ponction lombaire ; le liquide retiré est clair, il y a disparition des méningocoques et prédominance lymphocytaire dans la formule cytologique. En cas d'évolution chronique, au contraire, ces modifications ne se produisent pas et, à ce sujet, la plupart de nos observations paraissent calquées les unes sur les autres. Le liquide céphalo-rachidien reste trouble ou purulent ; on trouve toujours de l'albumine en grande quantité ; le taux du glucose reste abaissé (cette recherche a été rarement pratiquée dans nos observations) ; les polynucléaires persistent à l'état de pureté et la formule lymphocytaire ne se produit pas ; les méningocoques disparaissent parfois, mais plus souvent ils demeurent, ou bien, ainsi qui le fait s'est produit plusieurs fois, (Ob. XXXIII, XXXIV), ils n'apparaissent que tardivement au moment où la maladie tend à prendre la forme chronique.

Parfois, cependant, le liquide est clair, mais il contient toujours une grande quantité de lymphocytes.

Enfin, il est des cas (Ob. XXVII), où la ponctiion lombaire est très difficile et ne ramène que quelques gouttes de liquide ou reste blanche. Il faut, dans ces cas, tenter la trépanation-ponction, il s'agit en effet de méningites cloisonnées (qui ne rentrent pas dans le cadre de notre travail).

L'évolution de la forme chronique de la méningite cérébro-spinale chez l'enfant se fait, comme nous l'avons dit plus haut, par à-coups successifs et plus ou moins rapprochés. Après une période aiguë normale, il se produit une amélioration relative pendant laquelle les fonctions de la vie végétative s'exercent à peu près normalement, puis une reprise survient, avec exagération des contractures, clochers thermiques, vomissements (ceux-ci manquent rarement dans nos observations). Cette crise laisse le malade plus obnubilé, plus amaigri, plus raide qu'il n'était auparavant. Plusieurs rechutes de ce genre se répètent à des intervalles variables et à chacune d'elle le médecin porte un pronostic plus défavorable. La sérothérapie, et parfois la vaccinothérapie (Ob. XXVIII), ont été instituées. Malgré des fortes doses de sérum (même spécifique), 305 cc. (Ob. XXVII), 680 cc. (Ob. XXVIII), la mort peut survenir dans un état de cachexie. Mais elle n'est pas la terminaison constante de la

maladie. Le petit malade, malgré une affection prolongée, dont on a fréquemment douté qu'il eut fait les frais, se remet peu à peu. Les contractures diminuent, l'état général s'améliore, l'amaigrissement se répare, grâce surtout à un excellent appétit, parfois même prodigieux (Ob. XXVI). Et la guérison se complète après une longue convalescence. Si nous faisons la statistique de nos 18 cas, nous voyons la mort se produire 9 fois ; deux guérisons avec séquelles (Ob. XXII, XXIX) ; sept guérisons totales.

Ceci est donc en faveur d'un pronostic plutôt favorable, puisque, au total, nous obtenons 50 % de guérisons.

Observations des Cas de Forme Chronique

OBSERVATION XXII

BABINSKI. (Obs., 1902.)
(In thèse DESPUJOLS, obs. X.)

Fillette atteinte brusquement de surdité en septembre 1901, avec signes non douteux de méningite cérébro-spinale. Amélioration de ces symptômes, mais un mois après, on note un amaigrissement considérable, des douleurs vives dans les reins, de la torpeur intellectuelle, du Kernig. La malade amenée à l'hôpital, une ponction lombaire donne un liquide trouble ; nombreux polynucléaires, pas de microbes. La malade resta longtemps dans un état voisin de la cachexie, cinq ou six ponctions lombaires furent pratiquées.

Elle se rétablit et quitta l'hôpital guérie, mais complètement sourde au bout de 3 mois 1/2.

OBSERVATION XXIII

GOEPPERT. — Ep. de Prusse 1905
(In thèse DESPUJOLS. Obs. XVIII)

Georges F...., 7 ans. — Tous les symptômes de la méningite cérébro-spinale, ouïe très affaiblie, abolition du réflexe

à la lumière, raideur de la nuque. Au bout de vingt jours, l'état chronique est installé. Le malade ne répond pas aux questions, ne peut se servir de ses mains, son état intellectuel est tel qu'il laisse pratiquer la ponction ventriculaire sans se débattre ni crier. Il est complètement amaigri et squelettique.

Le 61e jour, la ponction lombaire donne un liquide clair, puis sanglant. La ponction ventriculaire est pratiquée dans le ventricule gauche deux fois de suite. Pas d'amélioration. L'enfant décline et meurt le 71e jour de la maladie.

OBSERVATION XXIV

Wieland : Soc. Méd. de Prague. *D. Med. Wochenschrift*, 1908.

(In thèse Despujols. Obs. VIII.)

Enfant de 3 ans 1/2, méningite cérébro-spinale à début classique, raideur de la nuque, Kernig, vomissements, attaques très fréquentes avec grande élévation de température. Installation de l'état chronique, amaigrissement profond, cachexie progressive. Obnubilation intellectuelle. Il se produit un grand nombre de crises convulsives.

L'enfant meurt après 4 mois de maladie.

Autopsie : lésions épendynaires et hydrocéphalie.

OBSERVATION XXV

Méningite cérébro-spinale ayant duré 11 mois avec plusieurs rechutes. Guérison avec disparition des troubles moteurs

et psychiques. Amélioration encore en évolution de troubles auditifs au premier abord incurables. (Debré : Société de Pédiatrie, déc. 1908.)

(Observation un peu résumée.)

Andrée L... entre le 1er mai à l'hôpital Trousseau, dans le service du Prof. Netter. Ses antécédents personnels sont peu intéressants. Sa mère est morte tuberculeuse. Sur le début de la maladie nous n'avons que les renseignements fournis par le père. L'enfant était déjà malade depuis six mois et avait été traitée par de nombreux médicaments. La maladie avait commencée le 10 novembre 1907 par des vomissements, de la diarrhée fétide et un abaissement thermique notable. Puis sont apparus successivement céphalée, raideur des mains, du cou et du tronc. Au bout de 3 jours s'est installée une surdité complète ; mais l'enfant conservait son activité intellectuelle. L'état reste stationnaire jusqu'aux premiers jours de décembre. A ce moment les divers symptômes s'améliorent. L'enfant peut se lever, aller et venir dans la chambre. Elle conserve cependant une certaine raideur de la nuque. Au début de février une aggravation progressive de cette raideur — caractérisée cette fois par une attitude de la tête touchant la poitrine s'accompagne de raideur des membres. L'enfant est repris de fièvre et garde de nouveau le lit. Mais ce qui frappe le plus c'est l'aggravation de l'état psychique qui passe à une véritable torpeur intellectuelle, progressive. L'enfant indifférente à tout reste figée dans son lit geignant un peu quand on la remue. Aucune thérapeutique n'avait été prescrite pendant ce temps. Il n'avait pas été fait de ponction lombaire.

Examen le jour de l'entrée, 1er mai 1908. Ce qui frappe immédiatement c'est la pâleur et surtout l'extrême maigreur de l'enfant qui porte sur le corps tout entier et donne une

impression de forte cachexie. L'enfant ne fait aucun mouvement spontané, reste recroquevillée sur elle-même ; la physionomie est peu expressive, le moindre examen provoque des larmes.

L'étude du système nerveux fournit les renseignements suivants : *troubles moteurs :* nuque très raide — tête fortement fléchie en arrière — Kernig très net des deux côtés — les mouvements provoqués sont douloureux. — Dès qu'on abandonne l'enfant à elle-même elle remet la tête en arrière, fléchit l'avant-bras sur le bras, les jambes sur les cuisses — les mouvements spontanés sont difficiles, maladroits, tremblants — l'enfant saisit à grand'peine le moindre objet ; lorsqu'on veut le mettre debout les jambes se fléchissent, elle ne se tient debout que si on la soutient. — *Réflexes :* difficiles à mettre en évidence étant donné la douleur à la percussion — les rotuliens sont exagérés — la trépidation épileptoïde est nette — le réflexe plantaire est en flexion. — *Troubles sphinctériens :* de façon intermittente, incontinence d'urines et des matières (sans doute par torpeur cérébrale). — *Troubles sensitifs :* hyperesthésie notable généralisée ; la malaxion des masses musculaires est douloureuse. — *Troubles vaso-moteurs :* rougeurs subites et sueurs passagères assez fréquentes. — *Troubles trophiques :* en dehors de l'amaigrissement et de la fonte musculaire, hypertrichose des plus nette aux 4 membres. — *Troubles sensoriels :* surdité absolue avec signes de surdité labyrinthique. Vision normale. T° à 38°. Ces phénomènes persistent quinze jours sans modification. La T° oscille entre 38° et 39°. L'appétit est presque nul, l'enfant boit difficilement le lait. Puis l'état général s'améliore, la mine est moins mauvaise, l'appétit meilleur, la digestion normale, la vivacité intellectuelle plus grande. La T° tombe et atteint la normale du 4 au

8 juin. Le 8 juin l'enfant est reprise de malaise, fièvre (38°5) avec accélération du pouls. La raideur augmente, surtout sur la nuque et le tronc ; on ne peut plus asseoir l'enfant dans son lit ; le Kernig qui n'avait jamais cessé devient plus marqué. L'enfant qui avait un peu engraissé, maigrit vite. Le moindre mouvement spontané s'accompagne de tremblement intense. Les mouvements provoqués causent de la douleur. Les troubles vaso moteurs sont plus intenses que jamais. L'enfant est prise de vomissements alimentaires fréquents. Elle retombe dans l'indifférence et semble non seulement avoir perdu le terrain gagné depuis son entrée mais encore être en plus mauvais état qu'à ce moment. Ces signes persistent jusqu'à la fin du mois ; l'enfant paraît à ce moment épuisée et le pronostic semble devoir être réservé d'autant plus qu'elle gagne à ce moment la coqueluche qui amène une recrudescence des vomissements.

Dans le courant de juillet, on note des alternatives d'amélioration et d'aggravation caractérisées par plus ou moins de raideur, de tr. vaso-moteurs, de T°, et des modifications de la mine de l'enfant.

Pendant les premiers jours d'août se dessine un mieux manifeste. La T° redevient normale, la raideur diminue peu à peu, l'enfant s'assied sur son lit, tremble moins ; le Kernig existe toujours, la nuque n'est pas souple, les réflexes restent exagérées. Peu à peu les troubles s'atténuent régulièrement pendant août et septembre ; l'enfant se nourrit mieux et engraisse.

Le 4 octobre, elle peut quitter l'hôpital, 11 mois après le début de la maladie. L'embonpoint est normal, la mine satisfaisante, l'air très éveillé, la marche facile presque sans hésitation sur un plan horizontal, n'est difficile qu'en montée ou descente. Les rotuliens sont toujours exagérés.

Trois semaines après l'amélioration, la mine est excellente, la démarche aisée, les réflexes normaux, la surdité diminue régulièrement.

Deux ponctions lombaires ont été pratiquées ; la première à l'entrée, deux autres le 11 juin et le 3 juillet : l'examen du liquide, qui était à peine louche, a montré de nombreux polynucléaires déformés, de rares lympho et l'absence de microbe.

Le traitement a consisté en ponctions lombaires répétées et la dernière a été suivie de l'injection intrarachidienne de 10 cc. de collargol. Bains tièdes, frictions.

OBSERVATION XXVI

Mae Lean. — British Med. Journal, 25 sept. 1909.
(In thèse Despujols. Obs. IV)

A une réunion du 5 février, M. J. Mac Lean expose un cas de méningite cérébro-spinale très sévère avec complète guérison chez une petite fille de 4 ans et demi. Les poussées fébriles étaient subites et incessantes, et la température, très variable, tombait de 103 degrés Fahr. à la normale et remontait ensuite subitement. Après cette crise de maladie survient une phase d'hypothermie. La petite malade, complètement émaciée et cachectique, se releva peu à peu et les troubles de l'intelligence disparurent. Le rétablissement fut grandement aidé par la quantité énorme de nourriture que la malade pouvait absorber.

OBSERVATION XXVII

Comby. — Méningite cérébro-spinale épidémique (Obs. XXVII)
(Archives de Médecine des enfants, 1910 n° 3.)

F..... Marie-Louise, 14 ans, entre à l'hôpital le 20 avril

1909, au 3e jour de sa maladie. Antécédents héréditaires : Père mort à 47 ans de maladie de cœur. Mère âgée de 43 ans, a des migraines. Elle a eu 7 enfants ; deux sont morts de méningite tuberculeuse à un an et cinq ans. Les autres sont bien portants.

Antécédents personnels : née à terme, nourrie au sein jusqu'à 2 ans. Sujette à des crises nerveuses jusqu'à l'âge de 8 ans, convulsions, céphalalgie, vomissements. Malaises depuis un mois.

Le 18 avril, constipation, céphalée, vomissements, langue saburrale. Nous trouvons le jour de l'entrée (20 avril), la nuque raide avec signe de Kernig. Température peu élevée : 38°6, 38°4. Rien à l'auscultation. La ponction lombaire donne quelques gouttes de liquide louche ; on injecte 20 cc. de sérum de Dopter. Le 21, nouvelle ponction lombaire qui reste blanche ; deuxième injection de sérum de Dopter. La fièvre monte à 40°.

Le 23, une troisième ponction lombaire donne quelques gouttes de liquide opalescent ; injection de sérum de Dopter. Raideur persistante de la nuque et des membres. Mais l'enfant a toute sa raison et n'accuse de souffrances que quand on lui injecte le sérum.

Le 25 avril, quatrième ponction lombaire sans issue de liquide ; injection pénible de 20 cc. de sérum de Dopter. Le 28, nouvelle ponction blanche ; injection de 20 cc. de sérum. Défervescence passagère, état meilleur. On découvre le 30 un peu de muguet buccal qu'on fait disparaître avec de l'eau de Vichy.

Le 1er mai, raideur de la nuque, 40° ; nouvelle ponction lombaire qui donne 35 cc. d'un liquide blanc laiteux ; injection de 20 cc. de sérum de Dopter.

L'examen du liquide retiré par la ponction montre des

polynucréaires abondants, non déformés, avec méningocoques intra-cellulaires.

Pendant quelques jours, amélioration. Le 5 mai, nouvelle ponction lombaire ; écoulement goutte à goutte de 30 cc. de liquide plus louche que le précédent. N'ayant plus de sérum de Dopter, nous injectons 25 cc. de sérum de Kolle. L'enfant accuse de violentes douleurs dans la tête et les jambes au moment de l'injection. Le 8 mai, ponction lombaire ; il s'écoule en jet 35 cc. de liquide laiteux ; injection très douloureuse de 30 cc. de sérum de Kolle. Raideur de la nuque persistante.

Le 14 mai, on fait une neuvième ponction lombaire qui donne 30 cc. de liquide louche ; injection de 20 cc. de sérum de Kolle. Agitation l'après-midi, délire, incontinence des urines et des matières fécales.

Le 15 mai, amélioration passagère. Il se forme des escarres trochantériennes. Le 23 mai, état plus grave. T° élevée. Nouvelle ponction lombaire qui donne 45 cc. de liquide assez clair, mais floconneux. Injection de 10 cc. de sérum de Kolle. L'examen du liquide montre des lymphocytes désagrégés et de nombreux méningocoques. Abattement profond, indifférence à tout ; l'enfant ne répond plus aux questions ; elle a les yeux fixes et hagards ; elle a profondément maigri.

Le 5 juin, une nouvelle ponction lombaire donne 20 cc. de liquide un peu louche. Nous injectons 30 cc. de sérum de Flexner.

Le 9 juin, une nouvelle ponction donne 15 cc. de liquide assez clair ; injection de 30 cc. de sérum de Flexner.

Le 16 juin, l'enfant est emmenée chez ses parents ; nous apprenons qu'elle est morte le 17 juin, après 2 mois de maladie.

OBSERVATION XXVIII

NOBECOURT. — Clinique médicale infantile

Une enfant de 4 ans et demi tombe malade le dimanche 9 mars 1924, sans présenter de symptômes précis ; elle entre à l'hôpital le lendemain, la température est de 39°6. Nous la voyons le 11 mars, la température est de 39°, son pouls a 154. Elle est prostrée, immobile, très hyperesthésiée, on ne peut la toucher ni imprimer de mouvements aux membres sans provoquer de la douleur. Elle ne vomit pas et ses selles sont normales. Il y a un peu de raideur de la nuque, un léger Kernig. Sur la lèvre supérieure, se voit une vésicule d'Herpès.

Le liquide céphalo-rachidien est trouble, hypertendu, riche en polynucléaires, il contient de nombreux diplocoques ne prenant pas le gram, qui, d'après des examens ultérieurs, sont des méningocoques B.

Nous commençons immédiatement la sérothérapie intra-rachidienne par la voie lombaire. Chaque jour, on injecte 40 cc. d'un sérum anti-méningococcique, d'abord polyvalent, puis univalent (sérum B). Du 11 au 14 mars, le malade reçoit 120 cc. de sérum. En outre, on injecte dans les muscles, pendant les trois premiers jours, quotidiennement, 10 cc. de sérum polyvalent ; soit en tout 30 cc.

Pendant ce temps, la fièvre persiste à 39° ; les signes nerveux ne subissent qu'une atténuation passagère. On note une albuminurie assez abondante.

Le 14 mars, la température baisse, le matin du 16, elle est de 37°1, l'état général est meilleur, cependant la raideur de la nuque et le Kernig sont accentués, les mouvements des membres douloureux.

A l'examen du fond d'œil, on constate l'absence de stase papillaire.

Le liquide céphalo-rachidien est toujours trouble, riche en polynucléaires altérés, on n'y décèle pas de méningocoques à l'examen direct.

Etant donnée la persistance des symptômes méningés, nous continuons les injections de sérum B par voie lombaire aux doses de 20, 30, 40 cc., si bien que le 21 mars, treizième jour de la maladie, la dose totale injectée depuis le début est de 300 cc. De plus, comme la méningite se prolonge, nous commençons des injections sous-cutanées d'auto-vaccin ; le 18 et le 20 mars, le malade en reçoit un demi-centimètre cube.

Malgré ce traitement, la fièvre remonte à 39° à partir du 20 mars. Le malade a, en 10 jours, maigrit de 1.650 gr. Les signes méningés persistent, le fond d'œil reste normal. Le liquide céphalo-rachidien garde les mêmes caractères.

A la sérothérapie intra-lombaire nous associons la sérothérapie sous-occipitale.

Le 28 mars — 20e jour de la maladie — l'enfant a reçu 440 cc. de sérum. En outre, les 24 et 28 mars, nous injectons 1 cm. et 1 cm. 5 d'auto-vaccin.

Les 27 et 28, la température est normale, mais la raideur de la nuque est plus marquée, elle s'étend aux muscles vertébraux donnant de l'opisthotonos, le Kernig s'accentue. Cependant, l'enfant garde sa lucidité, le fond d'œil reste normal. Le liquide céphalo-rachidien demeure trouble, épais, avec de nombreux polynucléaires et des méningocoques.

Le 31 mars — 23e jour de la maladie — la dose de sérum est de 530 cmc. La température oscille entre 38°5 et 40°, puis tombe à 36°9. Le pouls est à 100, la respiration à 34, régulière ; on note des vomissements. L'enfant est obnubile, la raideur très accentuée. Les pupilles ne réagissent plus à la lumière.

Du 2 avril au 11 avril, on injecte encore du sérum, la dose totale est alors de 680 cmc. La T° est à 38°, les signes méningés très accentués, le fond d'œil reste normal. Le liquide céphalo-rachidien ne varie pas.

Finalement, la malade tombe dans le coma et meurt le 13 avril.

La maladie a duré trente-six jours.

OBSERVATION XXIX

Méningite cérébro-spinale prolongée à forme cachectisante, syndrome d'hypertension intra-cranienne — pronostic fatal. — Guérison par une craniectomie décompressive — double névrite optique par stase. (Debré : Société de Pédiatrie, oct. 1911.)

(Observation un peu résumée)

Adrien C...., 8 ans, entre le 5 août 1909 à l'hôpital des enfants malades. Depuis trois jours, cet enfant a de la fièvre, des vomissements répétés, et se plaint de céphalée. L'examen conduit au diagnostic de méningite : nuque raide, tête rejetée en arrière, Kernig. L'enfant se plaint de souffrir de la tête, il est hyperthésique, le moindre contact provoque des mouvements de défense et des cris, le pouls est rapide, l'enfant vomit, la T° est à 38°2. La ponction lombaire permet de retirer 25 cc. de liquide clair, albumineux, où l'examen cytologique montre de nombreux polynucléaires dégénérés. On met en évidence le méningocoque. Le soir même, on injecte 20 cc. de sérum de Dopter.

Le lendemain — 7 août — l'état de l'enfant est meilleur, raideur et céphalée ont diminué. On fait une nouvelle injection de 30 cc. de sérum. Le liquide céphalo-rachidien présente les mêmes caractères.

Le 8, on trouve une grande amélioration des symptômes (douleurs, raideur, hyperesthésie). Le liquide céphalo-rachidien, parfaitement clair, contient presque exclusivement des lympho ; on ne trouve plus de méningocoques sur les lames. Ce jour-là, la température est normale. On fait une troisième injection de 20 cc. de sérum.

Le 11, la céphalie reparaît, la raideur s'accentue à nouveau, l'enfant se plaint toute la journée, le liquide céphalo-rachidien est dépourvu de germes pathogènes, quatrième injection de 30 cc. de sérum.

Le 12, amélioration des divers symptômes ; cinquième injection de 30 cc. de sérum.

Le 13, la céphalée augmente, la raideur est très vive ; sixième injection de 20 cc. de sérum. Le liquide est clair à prédominance lymphocytaire.

A partir de ce moment, l'état de l'enfant s'améliore nettement et on a le sentiment jusqu'aux derniers jours d'août qu'il est guéri. La souplesse de la nuque et de la colonne vertébrale est plus parfaite, la céphalée a disparu. L'enfant a repris bon appétit. La T° est normale. Soudain, le 28 août, tous les symptômes reprennent avec une intensité extrême ; la céphalée est atroce et arrache des cris au malade. La rétraction de la nuque en arrière et l'opisthotonos sont marqués. Les vomissements se répètent durant toute la journée. Le liquide céphalo-rachidien est clair. On injecte 20 cc. de sérum. Le liquide ne contient que quelques rares cellules mono-nuclées. Il est impossible de découvrir des méningo : sur les lames. Les cultures restent négatives. La nuit est très mauvaise ; l'enfant ne cesse de crier, il se plaint d'une céphalée violente ; les vomissements sont incessants.

Le lendemain (29 août), l'état est très mauvais, l'opisthotonos est extrême, on fait une nouvelle injection de 20 cc. de sérum.

Les différents troubles s'atténuent très lentement jusqu'au mois de septembre. Le 13, nouvelle reprises des symptômes et le 14 on fait une injection de sérum. L'état s'améliore les 15, 16, 17. Pendant toute cette période, la T° n'a pas dépassé 38°. L'enfant a considérablement maigri. A partir de ce moment, l'affection prend une allure nettement chronique, le petit malade se nourrit très peu, s'affaiblit, prend un aspect cachectique ; de plus, il est abattu, inattentif à ce qui se passe autour de lui. La nuque est raide. La raideur est moindre au niveau du tronc et des membres inférieurs. La T° est normale.

De temps en temps, on observe une crise paroxystique. Celles-ci, d'abord espacées (deux ou trois dans le courant de septembre) cessent assez brusquement. Elles sont caractérisées par une céphalée telle que l'enfant crie, pousse de véritables hurlements, jour et nuit. La raideur est excessive, telle que peu de méningites en présentent au cours de leur phase aigue. L'opisthotonos est si accentué qu'il évoque l'attitude des sujets atteints de tétanos aigu. Les vomissements sont incoercibles. Pendant deux-trois jours que dure cette crise méningée, la T° s'élève un peu. La T° oscille autour de 38°.

En octobre, l'enfant est dans le même état et présente trois crises méningées analogues. En novembre, les crises sont moins fréquentes (deux crises, 11 et 15 nov.) et moins durables (un jour et une nuit), ne s'accompagnant pas de T° La ponction lombaire ramène à ce moment un liquide clair, privé de cellules, à peine albumineux.

A la fin de novembre, nous espérons une guérison prochaine et nous considérons ces crises comme dues à un processus de méningite aigue en voie de guérison.

Dans le courant de décembre, l'état de l'enfant ne s'amé-

liore pas ; le poids augmente (2 kgs), le faciès s'anime davantage, l'intelligence se réveille, l'état cachectique disparaît ; mais les crises aigues se répètent avec plus de fréquence et d'intensité que jamais (à quatre reprises : 6, 11, 19 et 23 déc.), si bien qu'à ce moment le diagnostic devient vraiment difficile. On peut se demander si cet enfant ne présente pas des crises épileptiformes d'un type un peu spécial, hypothèse en faveur de laquelle plaide le caractère brusque et transitoires des crises, la santé relative dans l'intervalle de celles-ci et, enfin, l'intensité des phénomènes de contractures toniques.

Nous cherchons à voir, d'autre part, s'il n'y a pas une part de nervosisme ou de pithiatisme dans ces troubles. Enfin, nous examinons avec M. Marfan l'hypothèse d'accidents séro-toxiques à allure méningée. En effet, le 7 décembre, à l'occasion d'une crise, nous pratiquons une injection de 20 cc. de sérum, le 11 décembre une nouvelle crise se produit. Ce paroxysme de douleur et de raideur n'est-il pas provoqué par un oedème séro-toxique des méninges ? Il n'en est rien, les crises se répètent ultérieurement en dehors de toute injection de sérum. Un de nos malades ayant présenté un abcès cérébral à Méningo, nous nous demandons s'il n'en est pas de même dans le cas du petit Adrien C... Mais les abcès cérébraux à méningo sont extrêmement rares, l'enfant n'a aucun signe de localisation cérébrale, il est apyrétique. Au fait il s'agit bien d'une méningite cérébro-spinale prolongée à forme cachectisante dont cet enfant a les principaux symptômes. Nous portons un pronostic fatal. Ni les ponctions lombaires, ni les injections de sérum antiméningo n'ont la moindre efficacité. L'enfant s'affaiblit, les crises de douleurs et de contracture sont subintrantes. Dans leur intervalle l'enfant ne revient jamais tout à fait souple, il refuse

de s'asseoir et reste à peu près constamment étendu dans la même attitude avec un certain degré de rétraction de la nuque et d'opisthotonos. Il vômit un peu et avec de grandes difficultés, geint beaucoup. Plusieurs fois par jour il présente des paroxysmes douloureux, crie et se plaint de la nuque et de la tête.

Au moment des crises la contracture redouble et l'enfant se met véritablement en arç de cercle, sa nuque et son dos sont fléchis en arrière, ses cuisses sont ramenées en avant.

Dans la deuxième quinzaine de janvier l'enfant est un peu moins raide, mais sa vue s'affaiblit progressivement. Il est très amaigri, on note une atrophie des muscles de la ceinture scapulaire surtout des sus- et sous-épineux et une atrophie de tous les muscles de l'avant-bras. L'enfant ne serre la main qu'avec une faiblesse extrême. Aux membres inférieurs l'atrophie est moins marquée quoique les mollets soient diminués de volume. La force musculaire est à peu près conservée. Tous les mouvements sont douloureux. A gauche le réflexe rotulien est exagéré, il n'y a pas de clonus du pied. Enfin il existe un état très marqué de torpeur cérébrale et de l'incontinence d'urines et des matières. Tous ces symptômes font craindre une terminaison fatale. Malgré tout en présence des troubles visuels rapidement progressifs, nous faisons pratiquer le 21 janvier un examen oculaire. On constate que les deux pupilles sont œdématiées et subissent un début d'atrophie. Dès ce moment une craniectomie décompressive est indiquée. Par suite de circonstances indépendantes de notre volonté, l'opération ne peut être pratiquée immédiatement. L'état de l'enfant s'aggrave. Tout fait prévoir une mort prochaine. En outre l'atrophie papillaire progresse avec une grande rapidité. Le 27 janvier, le docteur Terrien note « atrophie optique consécutive à une stase papillaire. En outre l'enfant paraît avoir une paralysie ou

tout au moins une parésie des mouvements de latéralité du côté droit. Les deux yeux paraissent surtout dirigés vers la gauche et si l'on demande à l'enfant de regarder fortement à droite on voit que non seulement le droit interne gauche, mais aussi le droit externe droit obéissent mal et les deux muscles deviennent alors le siège de petites secousses mystagmiformes, indice de la parésie ».

Le 1er février enfin l'enfant peut être opéré. M. Broca pratique une trépanation décompressive. Les suites opératoires sont bonnes. la torpeur cérébrale disparaît deux jours après l'opération. L'enfant ne se plaint plus de céphalée, les vomissements cessent. Le 11 février ablation des fils. Le 1er avril cicatrisation complète. L'état général est bon. Il se forme une petite poche de décompression. Le 5 avril l'enfant est ramené dans le service de M. Marfan. Nous constatons à ce moment une amélioration considérable de l'état de l'enfant. L'intelligence renaît, les contractures et l'état parétique des membres ont grandement diminué, la céphalée et les vomissements ont définitivement disparu. Dans les semaines qui suivent l'amélioration s'accentue. Le poids est passé de 22 à 27 kilos. Les troubles visuels se sont peu améliorés et l'examen ophtalmoscopique montre une atrophie optique. Les mouvements sont redevenus normaux peu à peu et la raideur a disparu.

Weill et Mouriquand. *Lyon Médical*, avril 1912.
(In thèse Despujols. Obs. VII.)

B... Joséphine, âgée de 10 ans, entre le 2 février 1910 à la salle Saint-Ferdinand pour des troubles remontant au 1er

janvier. Elle a perdu l'appétit, se plaint du ventre. Diarrhée, céphalée violente, maux de reins. A l'entrée on note tous les signes de méningite. T° 39°8. 3 ponctions lombaires pratiquées les 4, 5 et 8 février sont suivies de l'injection de 10 cc. de sérum de Dopter. Le liquide est louche et présente une polynucléose énorme. Il n'y a pas de microbes. Le 9 la raideur s'accentue, les réflexes rotuliens d'abord exagérées sont abolis. Pauses respiratoires fréquentes. Pouls 112. La T° tend vers la normale. Inégalité pupillaire.

11 et 15 février. — Nouvelles ponctions lombaires et injections de sérum ; l'examen du liquide est identique aux précédents.

14 février. — Première crise convulsive. Rotation des poignets, convulsion des yeux en haut, perte de connaissance.

15 février. — La connaissance n'est pas encore revenue.

18 février. — Nouvelles crises convulsives. Injections de sérum.

19 février. — Injection intrarachidienne d'électraurol. Liquide clair, citrin, polynucléaires encore en diminution. Mêmes signes cliniques.

20 février. — Nouvelle injection d'électraurol.

21 février. — Sérum antiméningococcique intrarachidien. Liquide jaune citrin (sérum non résorbé). Crises convulsives subintrantes. La connaissance diminue. Jusqu'au 25 les crises persistent bien que moins nombreuses les 22 et 24. La vision baisse progressivement, mais le fond d'œil est normal.

1-4 mai. La température se maintient au-dessus de 38°, les crises convulsives se répètent. On cesse les injections de sérum.

Cet état persiste aux mois de mars, avril, mai, juin.

Depuis le début appétit glouton. Amaigrissement progressif, cachexie, émaciation. Raideur et contracture généralisée entre les crises. Tout mouvement volontaire est impossible. Le facies est très émacié, grimaçant. Les yeux roulent d'une manière désordonnée. Mâchonnement et mouvements latéraux des mâchoires. La malade ne voit pas, elle est complètement sourde. L'appétit est conservé, glouton. Vomissements rares, constipation très marquée.

27 juin. — Mort sans souffrance.

Nombre de crises convulsives : 150, du 15 février au 27 juin.

OBSERVATION XXXI

GOEPPERT, 1905. — In DESPUJOLS. (Obs. V.)

Marie V..., 3 ans 1/2, est amenée à l'hôpital après une maladie de six semaines. On note à l'entrée un opisthotonos très fort ; sans fièvre, mais très souffrante. Vomit fréquemment et maigrit de plus en plus, ponction lombaire entre la douzième et la treizième semaine. Liquide clair, la ponction ne modifie pas l'état de l'enfant. Pendant la treizième semaine je trouve l'enfant dans l'état suivant : Totalement amaigrie, défigurée, entièrement semblable à un squelette ; sans connaissance, mais mange et boit. Raideur de la nuque, tête rejetée en arrière, jambes raides en extention. Clonus du pied surtout à gauche, réflexes exagérés.

L'enfant se rétablit peu à peu et pouvait être considérée comme guérie, trois mois après son arrivée à l'hôpital.

OBSERVATION XXXII.

(Obs. 23, de Collette.)

Maurice A..., 5 ans, est entré le 7 mai dans le service de chirurgie où il a été traité pour mal de Pott cervical.

Il a été pris le 15 avril 1915 de vomissements incessants, de T°, puis quelques jours après de douleurs à la nuque, raideur du cou, renversement de la tête en arrière. La T° est autour de 40°. L'état ne s'améliore pas et l'enfant est amené à la consultation d'où il est envoyé en chirurgie. A son entrée la T° est de 39° ; dans les jours suivants il continue à se plaindre.

Le 7 mai la T° descend à la normale et y reste jusqu'au 15. Ayant présenté des accidents épileptiformes l'enfant passe en médecine : il est très amaigri, presque cachectique, la tête est en arrière, le signe de Kernig très net, la raie vasomotrice accentuée, l'hyperesthésie cutanée manifeste. La ponction lombaire donne issue à 40 cc. de liquide louche contenant de nombreux polynucléaires et des méningocoques. On fait 30 cc. de sérum. L'enfant a toute son intelligence. Il présente de l'herpès de la commissure labiale droite. Nouvelle ponction et injection de 25 cc. de sérum.

Le 10 on note une amélioration notable ; il y a encore un peu de raideur de la nuque ; l'enfant est très amaigri. La ponction ramène un liquide clair coulant goutte à goutte.

Les 13 et 14 l'enfant présente deux petites crises épileptiformes, la raideur de la nuque est plus marquée. Le malade est très lucide. Le 15 même état, l'enfant a encore présenté des crises épileptiformes. La ponction lombaire donne issue à un liquide louche : polynucléaires, méningocoques et autres microbes indéterminés — 20 cc. de sérum.

Les 16 et 17, T° autour de 38°, crises épileptiformes, liquide céphalo-rachidien purulent, sérothérapie mixte (antiparaméningo et antiméningo).

Le 19, l'enfant est très cachectique, il a toujours des crises épileptiformes. Le liquide de ponction est franchement purulent. Jusqu'au 26 l'amaigrissement et la cachexie progressent malgré une atténuation des signes méningés. L'enfant ne voit plus, il n'entend plus. Le liquide est toujours purulent, il devient une émulsion de pus avec grumeaux ; on le remplace toujours par du sérum mixte.

Le 27 la T° est à 39° le soir.

Les jours suivants la T° oscille autour de 38°. La cachexie est extrême, l'enfant couché en chien de fusil ne réagit plus aux impressions extérieures et meurt dans le marasme le 7 juin 1915.

OBSERVATION XXXIII

(Obs. XIII, de Collette.)

Simone R..., 6 ans, entre le 9 avril 1916 au quinzième jour d'une méningite cérébro-spinale.

Début lent — 23 mars — par douleurs, courbatures dans les membres inférieurs ; puis malaise général, température légère, courbatures ; dans la nuit du 8 au 9 avril l'enfant gémit, révasse, se réveille à chaque instant. Apparaît une céphalalgie violente, des vomissements, de la T°, du renversement de la tête en arrière. On envoie l'enfant à l'hôpital.

A son entrée : enfant très agitée, visage coloré, tête fortement renversée en arrière, nuque raide, Kernig très net, hyperesthésie cutanée, raie vaso-motrice, T° 40°1. La ponction lombaire donne issue à 30 cc. de liquide louche, épais, con-

tenant de nombreux polynucléaires, mais pas de méningocoques. On fait une injection intrarachidienne de 30 cc. de sérum anti-méningo.

Les 10 et 11 état inchangé. Nouvelles ponction et injection de sérum.

Le 12 survient une légère amélioration des signes méningés. T° 40°. Il apparaît une éruption bénigne urticarienne. Ponction lombaire, sérum. Pas de méningocoques.

Le 13, T° du matin 37°4, état général bon, atténuation des signes méningés ; l'enfant peut s'asseoir seule dans son lit. On voit une petite plaque d'herpès sur la narine et la joue droites. T° 38° le matin, 40° le soir.

Le 15 ponction lombaire, sérum, pas de méningocoques.

Le 16 l'enfant est très lucide, la T° est de 40°5, la nuque est raide, la tête en arrière, le Kernig très accentué.

Le 17, T° du matin 40°, depuis cette nuit l'enfant accuse une violente douleur dans l'oreille gauche qui gêne le sommeil. La nuque est plus souple.

Les 18 et 19 la T° reste autour de 37°. L'enfant n'est plus raide, elle se plaint de souffrir des deux oreilles.

Le 20, nouvelle ponction lombaire ; cette fois on trouve des méningocoques dans le liquide — sérum.

Du 21 au 27 les signes méningés s'atténuent. La T° est variable, le liquide de ponction moins trouble.

Le 29 légère accentuation de la raideur et de la T°.

Jusqu'au 7 mai l'amélioration s'accentue, l'enfant devient parfaitement souple, elle est moins indifférente, le liquide céphalo-rachidien devient clair, mais la T° est toujours irrégulière et l'enfant s'amaigrit.

Le 7 mai l'enfant a maigri progressivement, elle est absorbée, indifférente, se plaint des oreilles. Le liquide de ponction est clair et contient toujours des polynucléaires et des méningocoques.

Le 9 mai l'enfant vomit tout ce qu'elle prend depuis quelques jours, elle s'amaigrit, se cachetise. On constate des lésions de tympanite au niveau de l'oreille gauche.

Le 12, la T° est de 37°, les vomissements ont cessé, mais la nuque est toujours raide, l'enfant est très amaigrie.

Le 13, même état. La ponction lombaire donne issue à 30 cc. de liquide opalescent : polynucléaires, lymphocytes, méningocoques déformés.

A partir du 14 mai, la T° redevient normale ; l'amélioration est progressive. Les vomissements cessent définitivement le 15 ; l'enfant reprend sa gaîté, joue et ne se plaint plaint plus, elle s'alimente bien, reprend du poids.

Elle sort le 24 juin, en excellent état.

OBSERVATION XXXIV

(Obs. XI, de Colette.)

Suzanne D.., 6 ans, entre à l'hôpital le 21 mars 1916, au 6e jour d'une méningite cérébro-spinale.

Début le 5 mars, par fatigue, malaise général, coryza, conjonctivite. L'enfant garde le lit sans aucune amélioration. Le 15, vomissements abondants, céphalgie violente, T° élevée, décubitus latéral en chien de fusil. Même état jusqu'au 21 mars.

A son entrée, légère agitation, raideur de la nuque marquée, Kernig, T° 39°2. La ponction lombaire donne issue à 30 cc. de liquide louche hypertendu. On injecte 30 cc. de sérum dans la cavité rachidienne. L'examen du liquide montre ensuite de nombreux polynucléaires déformés, mais pas de méningocoques.

Le 22, la T° matinale est de 37°2. L'œil droit est injecté,

il existe du strabisme interne. Irido-choroïdite de ce côté. Jusqu'au 24, le même état persiste.

Le 24, amélioration notable des signes méningés, la ponction lombaire ramène de nouveau du liquide louche contenant de nombreux polynucléaires, quelques lymphocytes et toujours pas de méningocoques. T° 38°2.

Le même état demeure jusqu'au 28.

Le 28, les signes méningés s'accentuent à nouveau. Il n'y a aucune amélioration de la vue. T° du matin : 37°. Une cinquième ponction lombaire donne issue à 20 cc. de liquide louche. On injecte 20 cc. de sérum, ce qui provoque une douleur extrême dans la tête et les membres. Le 29, même état.

Le 30, la fièvre est violente, la céphalée vive, la raideur de la nuque et le Kernig sont accentuées, la langue est saburrale, la T° : 38—38°7.

Le 31, nouvelle ponction lombaire donnant issue à 10 cc. de liquide louche ; nouvelle injection de 20 cc. de sérum. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre cette fois des méningocoques. La T° est entre 37°—38° ; l'enfant maigrit, devient apathique ; les raideurs persistent.

Du 1er au 15 avril, raideurs, T° irrégulière, vomissements fréquents sans efforts ; l'enfant, couché en chien de fusil, est indifférent, dans un état de maigreur très marqué.

Le 14, une 7^{e} ponction lombaire donne 20 cc. de liquide louche à formule lymphocytaire, sans méningocoque. T° 38°2—39°4.

Le 16, la T° matinale est de 37°4. L'enfant, indifférent à tout, vomit tout ce qu'il prend ; il est dans un état de cachexie progressive.

Les jours suivants, la T° revient à la normale, mais la cachexie s'accentue ; l'enfant, apathique, indifférent à tout, n'y voyant plus de l'œil droit, est dans un état de maigreur

squelettique ; la nuque est raide, les membres inférieurs sont contracturés en flexion.

Le 26, la mère emporte son enfant. Nous n'en avons eu aucune nouvelle.

OBSERVATIONS XXXV et XXXV *bis*

(Zuber. — Revue de Médecine de l'Est, 1919.)

Il s'agit de deux enfants, l'un de 3 ans, l'autre de 7 ans. Malades depuis 6 semaines environ, à leur entrée, avec fièvre, protration, vomissements et violents maux de tête, raideur de la nuque, douleurs généralisées avec des périodes d'accalmie dans l'évolution de la maladie.

A l'arrivée à l'hôpital, on pratique une ponction lombaire qui, chez l'un des malades, donne issue à un liquide clair, s'écoulant sous pression, mais où l'examen cytologique révèle cependant une polynucléose assez marquée (50 %), pas de microbes, culture négative.

Chez l'autre malade, le liquide est louche, il y a 80 % de polynucléaires et de très rares microbes ; la culture sur gélose ascite, négative après 24 heures, donne, au bout de 48 heures, de rares colonies de méningocoques. Des ponctions successives sont faites avec injections correspondantes de sérum curatif et montrent chez nos deux malades une diminution progressive du taux de la polynucléose avec augmentation correspondante du nombre des mononucléaires et disparition des méningocoques dans le liquide qui en contenait primitivement. Ces transformations de la formule cytologique (à évolution vers la mononucléose) concordent d'ailleurs avec une amélioration clinique très nette, comme c'est le cas habituellement, ainsi que l'ont montré

Dopter et Debré ; et actuellement, à deux mois environ du début de leur maladie, ces deux enfants sont presque complètement guéris après avoir présenté pendant les semaines qui ont précédé leur entrée à l'hôpital, des symptômes si peu nets et si inconstants que le diagnostic n'avait pas été fixé d'une façon ferme.

OBSERVATION XXXVI

Nobécourt. — Clinique Médicale des enfants.

Au début de septembre 1921, un garçon de 14 ans commence à perdre l'appétit.

Le 10 octobre, il est pris de douleurs dans les membres et de céphalée, son médecin constate de la raideur de la nuque et un léger Kernig.

Les jours suivants, la raideur est moindre, mais on note une céphalée intense, de l'agitation, de l'insommie nocturne, des vertiges, de la constipation, une fièvre légère.

Le 16 octobre, il vomit et a de la diarrhée fétide. Le 17 octobre, septième jour de la maladie, il entre à l'hôpital.

La température est de 39°4, le pouls à 72. La nuque est raide, il y a un certain degré d'opistothonos. Il existe du Kernig, de la photophobie, une raie méningitique.

La ponction lombaire ramène 40 cmc. de liquide purulent, avec des polynucléaires, mais sans microbes à l'examen direct ; les cultures donnent des méningocoques qui, plus tard, sont identifiés du type B.

Du 17 au 26 octobre, seizième jour de la maladie, l'enfant reçoit 250 cmc. de sérum intra-rachidien, et 70 cmc. intra-musculaire. En outre, les 27, 28, 30 octobre, nous injectons sous la peau 0 cmc. 5, 1 cmc. 1 cmc. 5 d'autovaccin.

Il se produit une légère amélioration. La température s'abaisse le 20 octobre à 38°—38°6. Le Kernig diminue, mais le liquide céphalo-rachidien reste louche avec des polynucléaires.

Dès le 21, la température remonte à 39°8, la céphalée reparaît, le Kernig s'exagère, les jours suivants l'état général s'altère.

Le 27 octobre — 17e jour de la maladie — la T° baisse en lysis, une nouvelle amélioration se produit, mais la raideur persiste.

Le 30 octobre, l'enfant est prostré, il a de l'incontinence des matières et des urines.

On continue la sérothérapie, le 8 novembre, l'enfant a reçu 330 cmc. de sérum.

Pendant ce temps, la température est à 38°—38°2, puis tombe à 37°—37°2 les 6 et 7 novembre. L'enfant est somnolent ; le liquide céphalo-rachidien contient toujours du méningocoque.

Finalement, le 9 novembre, 39e jour de la maladie, l'enfant est pris de délire, puis il s'endort et meurt sans s'être réveillé.

OBSERVATION XXXVII

(Mme Samet-Mandels : Archives de Médecine des enfants, 1925)

Garçon de 7 ans, M. V.... entre avec des signes méningés manifestes à l'hôpital. Le liquide céphalo-rachidien est trouble et contient de nombreux polynucléaires. Il est malade depuis 5 semaines. Etant donné le début éloigné, le traitement spécifique n'est pas appliqué. Durant trois semaines de séjour à l'hôpital, la ponction lombaire fut pratiquée

journellement, puis trois fois par semaine. Au bout d'un mois, la ponction ramène un liquide clair, mais renfermant encore des méningocoques..

L'enfant dépérissait rapidement. L'amaigrissement devint extrême ; la conscience s'assombrit. Il perdait les urines et les fèces, criait sans cause. La raideur des membres et de la nuque atteignit le plus haut degré. La T° présenta pendant deux mois des oscillations journalières entre 36° et 39°. Au bout de deux mois, l'état commença à s'améliorer peu à peu. La T° redevint normale, le liquide céphalo-rachidien sans microbes. L'état psychique s'améliorant, l'appétit revint ; et après cinq mois d'hôpital, l'enfant reste complètement guéri.

OBSERVATION XXXVIII

(M^me^ Samet-Mandels : Archives des Maladies des enfants, 1925)

Garçon de 11 ans, amené à la huitième semaine de la maladie, avec des signes très marqués de méningite, raideur de la nuque, Kernig, Brudzinski, disparition complète des tissus graisseux, liquide céphalo-rachidien purulent contenant de nombreux méningocoques. Sous l'influence du traitement, le liquide céphalo-rachidien devient limpide, il ne contient plus de microbes, mais l'état général du malade reste inchangé. Il meurt trois mois après le début, dans un état de cachexie extrême.

CHAPITRE QUATRIÈME

Formes atténuées

A côté des formes prolongées que nous venons de décrire, et à côté des formes à évolution rapide et grave, dont nous avons donné plus haut la symptomatologie impressionnante, il nous faut maintenant étudier un troisième groupe, dans lequel nous ferons rentrer toutes les formes bénignes ou atténuées de la méningite cérébro-spinale de l'enfant.

I. — Forme subaigue

(dont nous rapprocherons la forme abortive)

II. — Forme fruste

III. — Formes ambulatoires

I. -- FORME SUBAIGUË

On dit que la méningite cérébro-spinale a une évolution subaiguë lorsqu'elle présente (soit une durée plus courte que la forme normale, soit une symptomatologie moins intense et moins grave, soit plus souvent l'une et l'autre à la fois. C'est une forme assez fréquente au cours des épidémies et dont il est d'ailleurs délicat de tracer les limites exactes d'avec les autres formes atténuées, et principalement la forme fruste.

Le début peut être traînant et insidieux, comme une méningite tuberculeuse (Obs. XLII, XLI) ; peu à peu surviennent de la céphalée, des vomissements, des signes d'irritation méningée. Il est aussi fréquemment classique. L'enfant est pris brusquement (Obs. XXXIX et XL) de température, vomissements, constipation, céphalée, crampes et douleurs dans les membres, contractures et, en deux ou trois jours, la maladie est constituée.

La période d'état est caractérisée par l'absence ou plutôt l'atténuation de la symptomatologie générale ou méningée. La céphalalgie, les vomisse-

ments peuvent manquer ; la température demeure autour de 37°-38° (Obs. XL) et dépasse rarement 39° ; le petit malade est peu abattu et répond avec aisance aux questions posées. La raideur, le Kernig sont parfois absents ; et le tableau clinique est assez restreint. Plus souvent cependant la plupart des signes importants sont présents, mais ils sont quelque peu estompés ; « on constate une *légère* raideur de la nuque et du tronc un *peu* d'hyperesthésie cutanée et profonde,... » (Obs. XL). Néanmoins la ponction lombaire a permis de retirer un liquide louche (mais clair parfois), et contenant des polynucléaires et des méningocoques.

Puis rapidement, sous l'influence d'une sérothérapie, même peu intensive (Obs. XL et XLI), ou sans aucune thérapeutique spécifique (Ob. XXXIX) la maladie rétrocède ; les symptômes disparaissent peu à peu, la température est revenue à 37°, la raideur a cessé et le malade s'asseoit avec facilité ; il demande à manger, à jouer, il a retrouvé sa gaîté. Une ponction lombaire faite 10-12 jours après l'apparition des premiers symptômes montre un liquide clair (Obs. XL et XXXIX), avec disparitoin des polynucléaires et du méningocoque.

L'affection a duré au maximum 15 jours.

La convalescence est toujours très brève.

A côté de la forme subaïgue, nous pouvons situer la *forme abortive,* qui en est, en quelque sorte, le diminutif.

Après un début violent on retrouve les signes principaux de la méningite cérébro-spinale. Ceux-ci persistent, plus ou moins intenses, mais nets, deux à cinq jours, puis la méningite « tourne court ». « Le tableau clinique change de façon complète » (Netter et Debré). Et le lendemain le médecin trouve assis dans son lit, dans un parfait état de santé, l'enfant qu'il avait quitté dans un état inquiétant la veille.

Nous n'avons qu'une seule observation de ce genre dans notre thèse (Obs. XLIII). Un enfant atteint d'herpès avait présenté, 4 jours auparavant, de la fièvre avec douleur dans la nuque ; la ponction lombaire ramena un liquide normal, mais la recherche du pouvoir agglutinant du sang vis-à-vis du méningocoque était positive.

Il nous faut signaler que ces formes sont parfois suivies de rechutes.

Observation des Cas de Forme Subaiguë

OBSERVATION XXXIX

(Sevestre et Lafosse : Société de Pédiatrie, 16 janvier 1906.)

R... Lucie, 5 ans, entrée à l'hôpital le 4 décembre 1905, a été prise brusquement, le 1er décembre, de fièvre et de vomissements. Le 2 décembre, aggravation ; vomissements plus fréquents, T° élevée, constipation ; l'enfant est traitée pour indigestion. Le lendemain, on note des phénomènes gastriques, la T° reste très élevée, l'état général est grave. Le 4 décembre suiviennent des douleurs violentes dans le membre inférieur droit.

Examen à l'entrée : enfant abattue, couchée sur le dos, indifférente, seules des tentatives pour remuer son membre inférieur droit en flexion sur le bassin lui arrachent des cris ; T°, 38 pouls, 120. La langue est sèche, rôtie ; le ventre un peu tendu, mais la palpation, qui n'est pas douloureuse, permet de sentir que le foie et la rate ont leur volume normal. L'examen du cœur, des poumons, des urines est négatif. Il n'y a pas d'éruption. Le début brusque, la contracture de la cuisse droite font penser à la méningite cérébro-spinale en l'absence de tout autre symptôme. On pratique

une ponction lombaire : liquide hypertendu, louche, contenant de nombreux polynucléaires et quelques lymphocytes, mais pas de microbes.

Le 5 décembre, la nuit a été calme ; T° du matin, 39°, pouls 116. L'enfant est abattue, mais répond aux questions, elle se plaint toujours de douleurs dans la cuisse ; elle n'a pas de céphalalgie. On note une légère raideur de la nuque et du tronc, un peu d'hyperthésie cutanée et profonde ; il n'y a pas de Kernig. Les vomissements ont cessé, il y a de la diarrhée. La ponction lombaire donne un liquide contenant des polynucléaires et des méningocoques.

Le 6 décembre, la T° est autour de 38° ; pouls à 110. La torpeur est moindre, il n'y a pas de Kernig. Les raideurs et les douleurs dans le membre inférieur droit persistent. Le liquide céphalo-rachidien est encore louche.

Le 7 décembre : état stationnaire.

Le 8 décembre : T°, 37°6 le matin, 38°2 le soir ; état général très satisfaisant, les douleurs et la raideur ont diminuées, la petite malade s'assied facilement. Le liquide de ponction est plus clair, il contient encore des méningocoques, mais les polynucléaires diminuent et les lymphocytes sont plus nombreux.

Les 9 et 10, l'amélioration s'accentue.

Le 11 décembre, les douleurs ont disparu ; l'enfant est gaie, demande à se lever et à manger. La T° est à 36°8—37°1, le pouls est régulier, les urines sont abondantes. Le liquide céphalo-rachidien est clair, la formule cytologique à grande prédominance lymphocytaire. On ne compte que quelques polynucléaires. Il n'y a plus de microbes... La malade entre en convalescence et guérie rapidement. Une ponction lombaire est faite le 16 janvier 1906 : elle montre un liquide ne contenant plus que de rares lympho et 1 poly.

OBSERVATION XL

(Comby : Société de Pédiatrie, 16 avril 1907.)

P... Charles, 7 ans, entre le 17 janvier 1907 dans mon service pour accidents cérébraux très graves.

Le début a été brusque, le 10 janvier, par un violent mal de tête, et des douleurs abdominales attribuées à un coup de pied reçu à l'école. Pas de frissons, mais vomissements sans efforts répétés le lendemain et le surlendemain, constipation, violent point de côté pendant quelques jours. Puis, douleurs et crampes dans les membres. Depuis trois jours, léger strabisme. Etat actuel: l'enfant est couché en chien de fusil, poussant des cris et se plaignant de la tête, les paupières closes, le regard fixe, les pupilles dilatées, le faciès vultueux, les joues très rouges. La raideur de la nuque est très marquée, la colonne vertébrale est raide, il y a tendance à l'opisthotonos. Le ventre est rétracté en bateau, douloureux ; l'enfant a une selle normale spontanée ; il a de l'incontinence d'urines.

Le soir de l'entrée : T°, 39°2 ; elle tombe à 37° le lendemain, monte et oscille pendant quelques jours autour de 38°, puis à partir du 23, elle reste à 37°

Le 21, il a de l'herpès labial. La ponction lombaire donne 15 cc. de liquide louche contenant des polynucléaires et des méningocoques.

Le 23, une deuxième ponction lombaire donne le même résultat.

Le 24, l'état est très satisfaisant, la céphalée a disparu ; il y a moins de raideur, l'intelligence est nette. La T° est normale.

Le 26 (11e jour), troisième et dernière ponction lombaire : 20 cc. de liquide clair contenant à peine quelques polynucléaires, les méningocoques ont disparu.

Le 27, l'enfant est très gai, il demande à manger ; il n'a ni raideur de la nuque, ni Kernig, ni raie méningitique.

Le 10 février, il sort de l'hôpital dans un état excellent.

OBSERVATION XLI

COMBY. — Méningite cérébro-spinale épidémique (Obs. XXV) (Archives de Médecine des enfants, 1910-n° 3.)

Le 14 avril 1909, entre dans mon service de l'hôpital des enfants malades, une jeune fille de 14 ans, atteinte depuis trois jours d'accidents méningitiques.

Antécédents héréditaires : Père, 49 ans, bien portant. Mère, 46 ans, bien portante également ; a eu quatre enfants et deux fausses couches ; deux enfants sont morts en bas âge.

Antécédents personnels : née à terme, nourrie au sein jusqu'à 18 mois ; aurait eu à 15 mois une paralysie du bras gauche et de la jambe droite ; les mouvements seraient revenus au bout d'un mois ; coqueluche à 5 ans.

Maladie actuelle : Début le 11 avril par de la céphalée et des vomissements. Les vomissements se sont arrêtés au bout de 48 heures. Raideur de la nuque et des membres à partir du 12 avril.

L'enfant a toute sa connaissance, elle se plaint de douleurs à la tête ; la nuque est raide ; signe de Kernig ; tâche cérébrale, herpès labial, hyperesthésie généralisée. Langue saburrale. Rien à l'auscultation. Abolition du réflexe rotulien. La fièvre très élevée (40°) le jour de l'entrée, tombe au-dessous de 38° le lendemain pour remonter ensuite à 39° et se rapprocher de la normale dès le 18 avril. Diplopie sans photophobie.

Dès le jour de l'entrée, nous faisons une ponction lombaire, sans pouvoir retirer la moindre goutte de liquide ; nous piquons sans succès en différents points. Néanmoins, nous injectons 20 cc. de sérum de Dopter.

Le 16 avril, nous faisons de nouvelles ponctions lombaires sans plus de succès et nous injectons encore 20 cc. de sérum de Dopter. A partir de ce moment, défervescence rapide et guérison.

OBSERVATION XLII

CASSOUTE et CRÉMIEUX

(Comité Médical des Bouches-du-Rhône, 21 avril 1922.)

Il s'agit d'une fillette de 7 ans, chez qui les auteurs ont observé un syndrome méningé subaigue dont l'étiologie n'a pu être faite que par la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien. Celui-ci a montré la présence de méningocoques A. La malade a reçu 160 cc. de sérum anti-méningo intra-rachidien et 20 cc. sous-cutané.

Les auteurs insistent sur la difficulté du diagnostic dans des cas semblables qui peuvent donner le change avec une méningite tuberculeuse et où l'examen du liquide céphalo-rachidien peut seul permettre le diagnostic. (Presse Médicale 1922).

OBSERVATION XLIII

NETTER et DEBRÉ (Société de Biologie, 24 juillet 1909.)

Chez un enfant entré dans notre service avec un herpès confluent de la lèvre supérieure et ayant présenté, quatre

jours auparavant, de la fièvre avec douleur dans la nuque. Nous avons recherché le pouvoir agglutinant du sang vis-à-vis du méningocoque. Nous avons trouvé que ce sang, placé à l'étuve à 37° agglutinait très nettement au bout de 10 heures au 1/100e deux souches de méningocoques. L'une des souches était nettement agglutinée au 1/250e à 55°. Le liquide retiré au même moment (5e jour) par la ponction lombaire était clair comme de l'eau de roche. Il ne renfermait pas plus d'élément cellulaire que le liquide normal, il ne présentait pas de microbes. Il donnait une précipitation directe aux 1/50e et 1/100e, et nulle au 1/150e. Ainsi est établie l'origine méningococcique des formes abortives dans lesquelles la ponction lombaire ramène un liquide normal.

II. — FORME FRUSTE

La forme fruste de la méningite cérébro-spinale a été étudiée par Pinault, Maillet, Netter. Elle semble rare à l'âge qui nous occupe.

Il y a forme fruste de méningite cérébro-spinale quand l'affection présente à la fois une symptomatologie réduite et une évolution atténuée, le premier caractère étant pour ainsi dire pathognomonique.

Ces cas sont caractérisés par un état fébrile irrégulier et discontinu, affectant parfois le type intermittent (Obs. XLV). Cet état dure généralement plusieurs jours (Obs. XLV) ou même quelques semaines (Obs. XLVI) et l'on se perd en conjectures sur l'étiologie de pareille pyrexie. Souvent l'on pense à une grippe, une appendicite, une infection du cavum, une localisation pulmonaire latente (Obs. XLV) ; une fièvre typhoïde (XLVI). L'état général est peu touché, l'exploration des viscères est négative. En l'absence de tout symptôme de localisation précise on attache plus d'importance à une manifestation nerveuse, que l'on avait considérée comme insignifiante et de peu de valeur tout d'abord, telle une « sorte de convulsion avec syncope »

(Obs. XLV), une difficulté persistante des mouvements de la tête (Obs. XLVI). On pratique une ponction lombaire qui ramène un liquide purulent dans lequel on met en évidence tous les signes de la méningite cérébro-spinale. On institue alors la sérothérapie et le malade guéri rapidement ; en trois jours dans l'observation de NETTER.

Parfois cependant (Obs. XLIV) les signes méningés, bien qu'atténués, sont flagrants et on s'étonnerait avec juste raison aujourd'hui que l'on n'ait pas porté le diagnostic plus rapidement dans les cas de ce genre.

Il nous semble, à la lumière des idées modernes, que les méningites frustes peuvent être considérées comme des localisations méningées plus ou moins latentes au cours d'une septicémie méningococcique.

Observations des Cas de Forme Fruste

OBSERVATION XLIV

Obs. II. (Dr Leenhardt). Thèse Maillet

R..., 3 ans, né à terme, bien constitué, nourri au sein, allaitement bien dirigé, sevrage à un an, dentition normale, marche à 13 mois.

A P : à 2 mois, érysipèle, à 2 ans, opéré de végétation, depuis bien portant, très développé.

A H : 0. A C : 4 frères et sœurs bien portants.

Maladie actuelle : Il y a deux jours l'enfant a été pris d'un malaise général sans autre localisation. On note depuis quelques jours un peu de constipation cédant aux lavements. Pas de toux, ni vomissements, ni céphalée.

Examen : 15 Oct. 1909 : L'enfant est couché dans le décubitus horizontal, il ne paraît pas abattu, parle volontiers, mais cependant il ne demande pas à jouer selon son habitude. Température 38°2, pouls 120. En voulant l'examiner on constate qu'il a de la peine à remuer, il ne veut pas s'asseoir bien qu'on l'aide ; il y arrive cependant. Le ventre est normal, la poitrine, le cou, les poumons sont normaux. La langue est saburrale, la gorge rouge sans exsudat blanchâtre. La gêne des mouvements est généralisée. La tête

est en partie immobilisée et si on cherche à effectuer des mouvements du cou l'enfant se plaint, mais il cesse aussitôt si on le laisse tranquille. Les mouvements des membres supérieurs et inférieurs sont aussi étendus que possible, mais les mouvements actifs, spontanés, provoquent de la douleur dans les masses musculaires. On met l'enfant en observation et on le laisse au régime lacté.

Le 16 Octobre : On signale que l'enfant a eu de l'agitation nocturne, qu'il n'a pas dormi et s'est plaint constamment de souffrir partout, il n'a pas bougé de toute la nuit. Température 39°, pouls 150. L'état général est bon, la constipation persiste, la parole est facile. Il a vomi une fois cette nuit, et refuse de se laisser remuer dans son lit ; c'est à peine si on arrive doucement à l'asseoir. La tête est complètement figée sur le tronc. Et en insistant on arracherait des cris. Les deux côtés sont également contracturés. Si on fait asseoir l'enfant il se plaint de souffrir dans le dos. Enfin les membres inférieurs sont également douloureux dès qu'on cherche à leur faire exécuter quelques mouvements un peu étendus. Le Kernig est très net. Les réflexes des membres inférieurs sont très nets. En dehors de ces signes de raideur généralisée, on ne constate aucun autre signe ; le ventre est souple, normal, le cœur et les poumons sont normaux, la gorge rouge sans angine, il n'y a rien aux yeux, les réflexes à la lumière sont normaux .Le diagnostic de méningite cérébro-spinale est porté sous réserve et on constinue le même traitement en y adjoignant des bains chauds.

Le 17 Octobre : La situation est la même. L'enfant est un peu abattu mais il s'intéresse à tout ce qui l'entoure, parle volontiers, il est toujours immobilisé dans le décubitus horizontal. Il n'y a pas de vomissements. Le malade a un peu sommeillé la nuit. Température 38°5. Pouls 130. On

constate les mêmes signes de raideur généralisée. Toutes les fonctions sont normales.

18 Octobre : L'état général est très satisfaisant. L'enfant boit bien son lait. Il ne se plaint que si on le remue et cause volontiers. Température 38°5. Pouls 130. L'examen ne décèle rien de nouveau : Kernig très net, yeux normaux.

19 Octobre : Même situation. L'enfant s'intéresse de plus en plus, il paraît revenir à la normale, mais la raideur persiste. Température 38°6. Pouls 106.

Le 20 Octobre : La situation n'est pas changée, malgré le retour à un état général presque normal. L'enfant parle et joue dans son lit, mais la raideur et le Kernig demeurent.

La ponction lombaire faite pour confirmer le diagnostic est en faveur de la méningite cérébro-spinale, elle ramène un liquide légèrement rouge sans une pression assez forte, on y décèle une réaction leucocytaire à prédominance polynucléaires et la présence de méningo. On injecte 20 cc. de sérum anti-méningo.

Le 21 Octobre : L'état de l'enfant ne paraît guère modifié; on constate toujours la même raideur, mais l'état général est excellent, et l'enfant demande à manger. Pendant les cinq, six jours qui ont suivi la ponction lombaire il a été fortement agité, criant beaucoup et se plaignant de la tête.

Du 22 au 26 Octobre 1909, la situation est restée identique. Il y a une légère diminution de la raideur ; l'enfant remue mieux la tête, le Kernig persiste. La température oscille entre 36°8 et 37°5, le pouls est à 100. On ne fait pas de nouvelle ponction lombaire, ni d'injection. L'état général est excellent.

Du 27 au 30 Octobre : La diminution de la raideur s'accentue, la température reste à 37°, 37°5, le pouls entre 90 et 100. L'enfant s'assied seul sur son lit mais difficilement; il commence à manger.

Du 1er au 10 Novembre : L'amélioration progresse et la raideur diminue de plus en plus. La température ne monte pas à 37°, le pouls est inférieur à 100.

Le 20 Novembre, il n'y a plus de raideur, les mouvements de la tête sont libres, le Kernig a disparu.

Le 30 Novembre : La guérison est complète. L'enfant a été revu en Janvier 1910, il est en excellente santé.

OBSERVATION XLV

NETTER. — **Les méningites cérébro-spinale frustes**

(Monde Médical, 15 Février 1914. Obs. VI)

Enfant de 5 ans, atteint depuis cinq jours de fièvre intense dépassant 41° dont on ne peut trouver la cause, et d'excellente santé habituelle. Il se plaignit d'un malaise le jeudi matin.

2 Octobre. — Le lendemain il présente une sorte de convulsion avec syncope ; incident mal défini à la suite duquel la température s'éleva jusqu'à atteindre 41°8. A partir de ce jour la température constitue pour ainsi dire le seul et unique symptôme de la maladie. Elle revêt le type intermittent procédant par grandes oscillations irrégulières se maintenant dans l'ensemble au-dessus de 40°. Par ailleurs l'enfant ne se plaint absolument de rien. Son regard est net, ses réponses sont claires et précises. Il n'y a ni céphalée, ni vomissements, ni Kernig, aucune trace de raideur de la nuque. L'exploration du cœur, des poumons, de la rate, reste négative. Nous écartons l'idée d'une appendicite et d'une fièvre typhoïde, auxquelles pouvait

faire penser les commémoratifs et nous admettons qu'il s'agit d'un état infectieux lié soit à une infection du cavum, soit à une localisation latente dans le poumon. En raison toutefois de l'accident convulsif apparu au début de la maladie nous estimons qu'une ponction lombaire pourrait être pratiquée. Le liquide clair, parfaitement limpide, d'apparence normale, ne contenait qu'un culot de sang ; mais le dépôt examiné sur lame montre des méningocoques en nombre considérable. Décanté et centrifugé il ne laisse aucun culot, mais la gouttelette au fond du tube contient à l'exclusion de tout élément cellulaire un grand nombre de méningocoques. Sérothérapie. Guérison en 3 jours.

OBSERVATION XLVI

R. Jemma

(Séance du 10-1-25 à la réunion de la Section Napolitaine de la Société Italienne de Pédiâtrie)

Méningococcémie et méningite cérébro-spinale.

Enfant de 4 ans ½ qui depuis trois semaines présente une fièvre haute et continue accompagnée les premiers jours de céphalée frontale. A l'examen objectif l'enfant ne présentait qu'une légère difficulté des mouvements de rotation de la tête. Les conditions générales ne semblaient pas très compromises. Le soupçon qu'il pouvait s'agir d'une infection typhoïde fut exclu par le résultat négatif du Widal. Rien à l'examen de l'urine sauf des traces d'albumine. A la fin de la 3e semaine, en se fondant exclusivement sur la difficulté persistante des mouvement de la tête on pratiqua une ponc-

tion lombaire qui donna issue à 20 cc. de liquide trouble avec pression augmentée et légère augmentation de l'albumine (0,50). Boveri positive et treillis fibrineux de Mya. Pourtant l'ensemencement du liquide dans le milieu de Bordet donna le développement d'un germe qui par ses caractères morphologiques et culturaux devait être considéré comme un méningocoque de Weichselbaum.

III. — FORMES AMBULATOIRES

La forme ambulatoire de la méningite cérébro-spinale a été individualisée en 1901 par SICARD, à la suite d'un cas, observé chez un jeune homme de 18 ans, et rapporté en collaboration avec BRÉCY à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Depuis, à part les travaux de PINAULT et MAILLET sur les formes frustes, elle n'a été l'objet d'aucune étude d'ensemble.

Tous les traités classiques la signalent et les manuels de pathologie médicale infantile la mettent en bonne place parmi les formes anormales de l'affection sans faire remarquer qu'elle est exceptionnelle chez les enfants. Des recherches bibliographiques scrupuleuses ne nous ont permis, en effet, de rencontrer que deux observations, en plus de celle qui a motivé notre thèse ; la première est de GUINON en 1907, la seconde d'AZÉMA en 1912. Il en existe une troisième publiée, en Italie, par COMPORTI en 1922, qu'il nous a malheureusement été impossible de recueillir. Il nous paraît donc certain que la forme ambulatoire est tout à fait rare chez l'enfant. Le trait caractéristique de cette forme est que pendant toute l'évolution de la maladie, bien que de temps en temps une poussée aiguë l'oblige à s'aliter, l'enfant va et vient, joue avec entrain, s'alimente et ne paraît pas gravement atteint.

Sicard a décrit trois types cliniques : formes ambulatoire foudroyante, ambulatoire simple curable, ambulatoire à poussées successives. Nous avons rattaché la première aux formes foudroyantes sous le nom de méningite ambulatoire à terminaison foudroyante. Il nous semble que ces cas, où l'évolution clinique reste tout à fait latente et se termine brusquement, doivent être distingués des autres formes ambulatoires qui ont, au contraire, des manifestations cliniques indéniables.

Nous ne décrirons donc ici que les deux autres formes.

a) *Forme ambulatoire simple curable.*

Dans cette forme, selon la définition qu'en donnent Sicard et Brécy, « les phénomènes méningés existent dès le début, sont frustes et le restent, et seule la ponction lombaire fait le diagnostic ».

Le malade continue son train de vie habituel. Il souffre d'une céphalée plus ou moins vive mais qui ne le force pas à garder le lit. Il n'a pas de vomissements, pas de fièvre, malgré un certain malaise général, se plaint de la nuque, de douleurs dans les membrés. Il peut même sous des influences quelconques, surmenage, refroidissement, garder le lit un ou deux jours, mais toujours momentanément. Puis les forces reviennent progressivement et le malade guérit complètement de ces symptômes légers que son entourage ou lui-même a qualifié de grippe.

L'observation XLVII se rattache à cette forme. Après une angine banale un garçon se plaint de douleurs dans

les jambes. Il n'en continue pas moins d'aller en classe. Bien que les douleurs soient plus accusées les jours suivants, que des signes méningés, raideur, vomissement, Kernig, soient apparus il ne reste couché que deux jours. Et après un mois de maladie tout s'arrange spontanément.

B) *Forme ambulatoire à poussées successives*

A cette forme se rattachent nos deux dernières observations.

Le début est précédé de manifestations rhino-pharyngées : coryza, angine. Puis les premiers symptômes de la maladie apparaissent assez brusquement : agitation, anorexie, vomissements, érythèmes fugaces, légère raideur de la nuque et des membres (Obs. XLVIII). Parfois c'est tout simplement une poussée thermique subite et intense qui persistera pendant quelques jours à titre de symptôme unique, avec un état général des plus satisfaisants et des signes d'angine banale (Obs. IL). Puis survient une céphalée violente arrachant des cris au malade et que seule calmera la ponction lombaire. Cette céphalée s'accompagne de vomissements, inappétence, amaigrissement (Obs. XLVIII). Mais rapidement ces phénomènes brutaux qui ont confiné le malade au lit s'amendent en un ou deux jours et disparaissent presque complètement. Raideur (XLVIII), céphalée et température (IL) sont fortement atténuées, aucun autre signe méningé n'apparaît (IL) et si l'on n'avait pas la ponction lombaire le diagnostic pourrait errer long-

temps. Le petit malade se lève, il joue dans sa chambre, et va même se promener ; il s'alimente facilement et a grand appétit, il est très gai et ne semble aucunement souffrant. Il fait sa maladie en marchant. Et si on lui impose une discipline de traitement il s'y oppose énergiquement ; il ne comprend pas qu'on le laisse couché et se lève en cachette. Cependant il est plus ou moins fébrile ; il a une certaine raideur des membres inférieurs.

Mais de temps en temps une poussée thermique se produit. D'ailleurs passagère elle s'accompagne d'une reprise des autres symptômes ou d'un seul parfois. Dans notre observation personnelle la céphalée, et la température furent les seuls phénomènes morbides constatés au cours de la maladie. Nous les avons vu associés à chaque poussée aiguë. Un certain nombre de rechutes de ce genre, qui obligent l'enfant à s'aliter quelques jours, peuvent s'observer même si l'on a institué la sérothérapie (Obs. IL). Au bout de quelques temps une poussée plus intense le jette dans un état subcomateux, inerte, délirant ; cet état est de courte durée et le lendemain de l'assaut le médecin trouve l'enfant assis sur son lit, apyrétique, causant, riant et s'alimentant avec plaisir. Cependant on constate des signes méningés indéniables et la ponction lombaire ramène un liquide purulent qui contient des méningocoques (Obs. XLVIII).

L'évolution de ces cas est favorable. Nos deux malades ont guéri sous l'influence de la sérothérapie asso-

ciée ou non à la vaccinothérapie. La convalescence est de courte durée et la guérison se fait sans séquelles.

Sicard, dans sa description, qui concerne surtout les sujets adultes, signale cependant que certaines rechutes peuvent revêtir un caractère aigu et une allure rapidement mortelle. Nous pensons que cette évolution fatale est exceptionnelle avec la sérothérapie et les méthodes de traitement actuelles.

Nous voulons en terminant ce chapitre insister sur deux points :

a) la rareté des formes ambulatoires de la méningite cérébro-spinale chez l'enfant.

b) la difficulté de leur diagnostic et la nécessité de l'emploi de la ponction lombaire au moindre soupçon qui permettra peut-être à l'avenir de déceler des cas qui ont pu passer inaperçus autrefois.

Observations des Cas de Formes Ambulatoires

OBSERVATION XLVII

M. Guinon (Société de Pédiâtrie, 16 Janvier 1906)

Il s'agit d'un garçon de 11 ans ½. Le 1er Février 1905 il fait une angine rouge pultacée qui guérit le 3e jour. Dès le 5 il se plaint de douleurs dans les jambes, le 7 il va en classe. Le 8 il se plaint de nouveau de douleurs dans les jambes mais surtout dans les genoux. Le 9 il sort sans se plaindre. Le 10, douleurs très vives dans les pieds au saut du lit ; les jambes sont raides ; il ne peut se tenir debout, mais après quelques efforts il va au collège. Le 11 il a des douleurs, de la raideur des jambes, il vomit, n'a pas de température.

Les 12 et 13 : douleurs dans la nuque ; le 13 : température 37°8, raideur des membres inférieurs, Kernig. Le jour suivant il garde le lit, les douleurs sont plus vives dans la cuisse et la jambe gauche ; raideur du tronc, Kernig des plus nets, pas de température. Le 17 il va mieux, se lève. Le 18 il a de la céphalée ; le 19 il se lève, joue sans souffrir. Depuis son état s'améliore, il va au collège. Le 27, en se levant, il ressent dans les jambes de vives douleurs l'obligeant à se coucher, il sort l'après-midi. Le 1er Mars, céphalée ; le 2 Mars, enfant affaibli, céphalée, esquisse de

Kernig, abolition du réflexe patellaire à droite. Le 5 Mars, raideur des jambes quand il reste assis ; il peut courir et se remue très lentement.

En Mai cet enfant fait une rougeole très forte.

En Octobre, quelques jours après la mort de son frère (mort de méningite cérébro-spinale) il a deux fois des éblouissements et des vertiges dans la rue ; il a de la peine à se tenir debout.

Le 25 Octobre : il voit double en classe. Il a des vertiges. Pas de céphalée, pas de Kernig. Craignant un peu d'auto-suggestion je le fais voyager. Il va bien actuellement.

Les signes de méningite ont été si atténués qu'en l'absence de ponction lombaire on pourrait mettre en doute notre diagnostic si un cas mortel survenu dans la même famille quelques mois plus tard n'était venu le confirmer.

OBSERVATION XLVIII

Méningite cérébro-spinale à forme ambulatoire.

Azema : Société Anatomo Clinique de Toulouse, Déc. 1912 et Toulouse Médical, 1913.

Le 7 Octobre 1912, à 2 heures de l'après-midi, nous étions appelé d'urgence auprès d'une fillette qui au dire de la personne venue nous chercher était à ses derniers moments. Nous nous rendons aussitôt auprès de la malade et de prime abord nous la jugeons en effet dans un état très grave.

L'enfant (3 ans $\frac{1}{2}$) est dans un état subcomateux, inerte dans son lit, la figure pâle, les yeux clos, la respiration rapide, ne répondant pas à nos appels ni à ceux de son

entourage et réagissant à peine aux diverses excitations (piqûres ou autres).

En cherchant à mobiliser sa tête, nous constatons immédiatement une raideur de la nuque extrêmement marquée. En soulevant l'enfant nous sentons la colonne vertébrale comme soudée et nous obtenons un Kernig des plus nets. Ces manœuvres provoquent une vive douleur. L'enfant ouvre les yeux, crie et s'agite. La palpation des membres inférieurs est aussi douloureuse. Les réflexes sont normaux. La température est à 39°, le pouls à 130. Un examen rapide des organes des sens ne montre rien de particulier: pupilles moyennement dilatées réagissant bien à la lumière, oreilles non douloureuses sans écoulement.

L'enfant a vomi à plusieurs reprises. Elle est constipée. Il y a un léger coryza, la gorge est un peu rouge, les amygdales sont légèrement tuméfiées.

Le diagnostic symptomatologique n'était pas douteux : il s'agissait d'une méningite.

Les vagues renseignements fournis par la famille bouleversée tant au sujet de l'enfant qui paraissait malade depuis plus d'une semaine que du père soigné dix ans avant pour des adénites cervicales suppurées, nous firent pencher vers la méningite tuberculeuse. Toutefois nous proposâmes de pratiquer la ponction lombaire pour avoir une certitude et agir en conséquence suivant les indications que nous en retirions.

La famille accepte en principe cette intervention mais nous demande de vouloir bien accepter la collaboration d'un confrère, ce que nous ratifions d'autant plus vite que nous allions solliciter nous-mêmes cette collaboration. Notre confrère, le Dr Pla, est appelé immédiatement, mais des circonstances particulières font que nous ne pouvons

nous trouver ensemble au chevet de l'enfant. Nous pûmes cependant nous rencontrer dans la soirée mais trop tard pour pratiquer la ponction lombaire jugée indispensable par notre excellent confrère. L'intervention fut remise au lendemain matin.

Nous nous retrouvions à 8 heures le lendemain auprès de la petite malade. Après une nuit très agitée un changement surprenant s'était produit dans l'état général de l'enfant. Au moment où nous la voyons, elle cause, rit, s'alimente, la température est à 37°6. Devant cet état un doute nous effleure, quant à l'exactitude du diagnostic porté la veille ; mais la persistance de la raideur de la nuque, la netteté du Kernig, détruisent vite nos hésitations et nous insistons auprès de la famille pour pratiquer la ponction lombaire malgré l'amélioration apparente de la situation.

Bien nous en prit car le liquide céphalo-rachidien retiré était extrêmement trouble et un examen extemporané nous montrait une réaction polynucléaire très intense ; mais malgré nos patientes recherches nous ne trouvons qu'un seul diplocoque en grain de café en dehors de cellules.

C'était cependant suffisant pour nécessiter le traitement sérothérapique immédiatement sans attendre la confirmation de diagnostic de méningite à méningocoque par les diverses épreuves de laboratoire. D'ailleurs dans la soirée la température remontait à 38°5, la prostration se manifestait à nouveau. Une nouvelle ponction lombaire fut faite à la suite de laquelle nous injectons 10 cc. de sérum. Pendant 4 jours, nous répétâmes les mêmes injections et nous eûmes la satisfaction de voir tous les phénomènes s'amender et l'enfant rapidement guérir. Entre temps dans le laboratoire de M. le Dr Rispal, le Dr Pujol avait eu l'amabilité de faire toutes les recherches nécessaires pour iden-

tifier le méningocoque. L'ensemencement du liquide céphalo-rachidien sur gélose-ascite donne une culture pure de diplocoques que les diverses épreuves : fermentation des sucres, précipito-réaction, etc... ont permis d'identifier comme du méningocoque de Weichselbaum.

Il s'est donc agi d'une méningite cérébro-spinale dite épidémique. L'enfant a guérie sans séquelles et après une courte convalescence a repris sa vie habituelle.

L'évolution de la maladie fut des plus simples, du moins la phase que nous avons suivie.

Autrement intéressante est la période qui précéda les graves phénomènes qui obligèrent l'enfant à s'aliter. Un interrogatoire précis nous a permis, en effet, de retracer très exactement les débuts de la maladie et ce sont les renseignements ainsi recueillis que nous allons vous donner maintenant.

Dans les derniers jours de septembre l'enfant avait déjà toussé et avait eu du coryza. Mais les premiers symptômes de la maladie se déclarent le dimanche 29 septembre. L'enfant avait eu une nuit agitée, n'avait pas mangé, avait eu des vomissements. En l'habillant pour l'amener promener, la mère constata l'existence d'une éruption siégeant sur la face interne des cuisses et des flancs. Un médecin fut appelé mais il ne put venir que dans la soirée et au moment où il examina l'enfant l'éruption avait disparu. Il constata que la petite malade avait de la température. L'enfant ayant vomi, ayant la langue saburrale, il pensa à une éruption urticarienne provoquée par des troubles digestifs et ordonna une purgation et des antiseptiques intestinaux. Le lendemain, l'enfant se plaint de la tête et la mère fait une remarque importante : les jambes de la petite malade sont comme raides, elle a toutes les peines du

monde pour l'asseoir sur son vase pour ses besoins ou sur sa chaise au moment de prendre des repas. Elle prend à ce sujet l'avis d'un pharmacien du voisinage qui la rassure et diagnostique une courbature.

Le 1er Octobre, la même éruption fugace qui était apparue le 25 Septembre, se manifeste à nouveau mais disparaît rapidement. La mère ne s'inquiète pas, l'attribuant à des désordres digestifs. Cependant l'enfant est pâle, ne s'alimente pas, elle maigrit. De temps à autre elle se plaint de la tête, elle a quelques vomissements. Le 3 elle paraît mieux et la mère la prend avec elle pour aller à son travail à la manufacture de tabacs, où elle la laisse à la crèche de cet établissement. L'enfant fait à pied le trajet de la manufacture chez elle. Pendant ce trajet elle se plaint souvent de la tête et dit : « Ne marche pas trop vite j'ai mal au front ». D'ailleurs la marche est pénible elle est comme raide. Les jours suivants se passent sans changement, les nuits sont agitées.

Le 6 Octobre, l'enfant passe une très bonne journée, elle joue avec beaucoup d'entrain mais le soir venu, elle se plaint de la tête, la nuit est particulièrement agitée, la petite malade a une fièvre intense.

Le 7, au matin, rien n'y paraît, l'enfant part à la manufacture avec sa mère. Dans la matinée, à la crèche, elle vomit à plusieurs reprises. Le médecin de cet établissement voit l'enfant et conseille à la mère de la conduire chez elle et d'appeler un médecin. Dès son arrivée à la maison l'enfant tombe dans l'état comateux où nous la trouvâmes à notre première visite et vous connaissez la suite des événements.

Il n'est pas douteux pour nous que l'enfant ait commencé sa méningite le 25 Septembre. Les jours précédents

on avait déjà constaté la rhino-pharyngite qui en marque toujours le début. Le 25 elle eut de la fièvre, elle vomit, et fit non une éruption urticarienne mais un érythème infectieux si commun dans la méningite cérébro-spinale. Le lendemain 30 septembre, la mère remarquait la raideur des jambes et si elle eût consulté à ce moment, non un pharmacien, mais un médecin, celui-ci aurait certainement constaté déjà l'existence d'un Kernig. Les phénomènes qui accompagnaient cette raideur des jambes, céphalée, vomissements, constipation, ne laissent aucun doute à cet égard. Cependant l'enfant sort tous les jours, elle joue et sa méningite évolue. Et c'est au 8e jour seulement qu'elle tombe, et les signes qu'elle présente alors ne laissent plus de doute sur la nature de la maladie.

Elle a donc fait une méningite cérébro-spinale à forme ambulatoire.

OBSERVATION II

DEHERRIPON et DEGROOTE

Société des Sciences Médicales de Lille, 1928

P... Alphonse, 6 ans $\frac{1}{2}$, n'a aucun antécédent héréditaire. Ses deux frères sont bien portants. Un oncle de l'enfant est mort il y a quelques années dans la même maison de méningite cérébro-spinale et il ne semble pas qu'on ait pratiqué la désinfection des locaux. Ses antécédents personnels sont simples : allaitement maternel jusqu'à l'âge de 12 mois ; première dent à 5 mois ; début de la marche à 11 mois ; aucune maladie grave.

L'enfant présente brusquement le 3 Juin 1928 une fièvre élevée (40°) accompagnée de frissons. L'examen clinique

est négatif, sauf une légère rougeur de la gorge avec muco-pus rhino-pharyngé.

4 Juin : La température est redevenue normale ; 37°5 à 7 heures du matin ; 37°3 à 11 heures ; 37°5 à 7 heures du soir.

5 Juin : La température se maintient aux environs de 37°5.

6 Juin : La journée est marquée par un épisode fébrile. La température qui était à 38° à 7 heures du matin, monte à 39°2 à 11 heures, et 39°8 à 7 heures du soir. La gorge est à ce moment uniformément rouge, les amygdales volumineuses, se rejoignent sur la ligne médiane sans présenter d'exsudat. Le muco-pus rhino-pharyngé est très abondant. Notons de plus une otalgie peu intense. L'enfant ne paraît cependant pas très abattu, il joue volontiers dans son lit et s'alimenterait si on le lui permettait.

7 au 16 Juin : Les signes cliniques rhino-pharyngés persistent avec une égale intensité. La température ne dépasse jamais 38°5 le soir, elle est irrégulière. L'examen du muco-pus rhino-pharyngé montre la présence de pneumocoques et de staphylocoques. L'examen des tympans a été négatif. Il n'existe aucun autre symptôme et l'état général est toujours très satisfaisant.

17 Juin : Vers 10 heures l'enfant présente une céphalée violente, il se frappe la tête et crie sans discontinuer. Cette céphalée dure toute la journée et ne se calme, vers 17 heures, qu'à la suite d'une ponction lombaire pratiquée par l'un de nous appelée en consultation par le médecin traitant. Le liquide céphalo-rachidien est trouble et hypertendu. Sans attendre le résultat des examens de laboratoire nous injectons 60 cc. de sérum anti-méningococcique polyvalent.

L'enfant ne présentait à ce moment aucun autre signe méningé, l'examen général était tout à fait négatif.

Voici les données de l'examen du liquide céphalo-rachidien retiré le 17 :

a) Hyperleucocytose très abondante :

leucocytes polynucléaires : 87 %
lymphocytes : 13 %

b) L'ensemencement sur gélose ascite a donné lieu après 24 heures d'étuve à un développement abondant de méningocoques.

18 Juin : La température reste autour de 40°, la céphalée persiste surtout occipitale. Il n'y a pas de photophobie, pas d'inégalité pupillaire, aucun vomissement. L'enfant a une selle spontanée ; les signes de Kernig et Brudzinski sont négatifs. Le pouls est régulier à 150.

On fait une ponction lombaire et une nouvelle injection de sérum (60 cc.).

19 Juin : La nuit a été très calme. L'enfant a dormi plusieurs heures sans s'éveiller. A 6 heures il se lève, et réclame son habituel petit déjeuner. Les parents satisfont naturellement à sa demande et assis près de ses frères il mange ses tartines, boit son café au lait et tout cela est admirablement toléré. La céphalée a disparu ; l'enfant refuse énergiquement de se coucher ; il joue toute la journée et passe une nuit excellente. Sa température n'a pas dépassé 37°2 et elle restera à ce niveau le lendemain.

21 Juin : La nuit a été agitée. La température est à 38°2 le matin, 39° à 1 heures et 37°5 à 4 heures de l'après-midi.

L'enfant est laissé au lit, il s'alimente avec plaisir. Il présente de temps à autre une céphalée violente mais de courte durée. Il n'a toujours aucun signe méningé.

Nous pratiquons une ponction lombaire à 18 heures et le méningocoque B ayant été identifié nous injectons 60 cc. de sérum anti-méningococcique B.

Voici les résulatts de l'examen du liquide céphalo-rachidien :

— liquide trouble, purulent.

— Hyperleucocytose abondante :

Polynucléaires : 62 %.
Lymphocytes : 38 %.

— Quelques méningocoques intra-cellulaires à l'examen direct.

— Ensemencement : nombreux méningocoques.

22 Juin : 1 heure après la ponction du 21 la céphalée avait disparu. Le petit malade est un peu grognon, mais nous ne constatons rien d'anormal. La température moyenne est 38°.

22 au 26 Juin : Le médecin traitant ne remarque rien d'anormal. L'enfant est gai, s'alimente avec facilité, il s'intéresse vivement à ce qui l'entoure et à plusieurs reprises il trompe la surveillance de sa famille et se lève. La ponction lombaire proposée pendant cette période est refusée par les parents de l'enfant.

26 Juin : A 10 h. ½, l'enfant a un frisson, une température de 40°3, une crise subite de céphalée. La ponction lombaire montre un liquide hypertendu et trouble contenant 92 % de polynucléaires et 8 % de lymphocytes. Il n'y a aucun méningocoque à la culture.

Nous assistons de nouveau à une disparition rapide de la céphalée. La température de la journée restera aux environs de 40°

27 et 28 Juin : Journées calmes. La température oscille entre 36°4 et 38°4. Il persiste une céphalée légère, mais la recherche des signes méningés est négative. L'enfant demande à se lever et il s'alimente malgré notre défense.

29 Juin : Les parents acceptent bien qu'à contre-cœur, une nouvelle ponction lombaire. Le liquide est incolore, limpide, non hypertendu ; il n'y a aucun microbe ni à l'examen direct, ni après culture. La formule cytologique est la suivante :

Polynucléaires : 12 %.
Lymphocytes : 88 %.

Le silence méningé persiste. L'enfant est toujours très gai.

30 Juin et 1er Juillet : La température oscille autour de 38°. La ponction lombaire est refusée.

2 Juillet : Au cours de la nuit l'enfant a poussé assez fréquemment des cris plaintifs. Au réveil la céphalée est revenue plus violente que jamais. La température remonte à 40°. Les parents réclament eux-mêmes la ponction lombaire. Le liquide est hypertendu, trouble. On trouve 89 % de polynucléaires et 11 % de lymphocytes, et des méningocoques. On fait une injection de 60 cc. de sérum anti-méningacoccique B et on commence un auto-vaccin (préparé avec les méningocoques du 12 Juin).

3 Juillet : L'enfant est encore agité, la céphalée et la température persiste. On continue l'auto-vaccin.

4 Juillet : La ponction lombaire ramène un liquide limpide ne contenant plus aucun microbe. La formule cytologique montre :

Polynucléaires : 41 %.
Lymphocytes : 59 %.

A partir de ce jour la céphalée et la température disparaissent rapidement.

Le 7 Juillet : L'enfant est revenu à son état normal. Il reste depuis en excellente santé.

Remarque : Le nombre des ponctions lombaires et des injections de sérum curateur a été forcément limité par le mauvais vouloir de la famille qui s'opposa à la répétition « des piqûres »

IV

Conclusions

Trois points importants se dégagent de cette étude des formes éfolutives anormales de la méningite cérébro-spinale de l'enfant.

I. — Au point de vue de l'étiologie

Nous pouvons affirmer la rareté de ces cas ; nous n'en avons recueilli que 50 observations. Ce nombre nous permet cependant de tenter une statistique.

Si nous nous reportons à une statistique que donne Mme Emilia-Pola Palmegliani, dans la Riv. di Clin. Pédiatria de mars 1923 (que nous n'avons malheureusement pas pu consulter), et que nous avons trouvée dans les Archives de Médecine des enfants, nous voyons que, sur 32 cas, 10 seulement se rapportaient aux formes qui nous intéressent. Ils se décomposent de la façon suivante :

Forme suraïgue	5
» foudroyante	1

»	prolongée	3
»	ambulatoire	1

Voici maintenant notre statistique personnelle : sur 50 observations nous trouvons :

Forme	foudroyante	8
»	suraiguë	4
»	à rechutes	9
»	chronique	18
»	subaiguë et abortive	5
»	fruste	3
»	ambulatoire	3

Un fait saute aux yeux à première vue, c'est la fréquence des formes chroniques (1/3 des cas). Mais à ce propos, il nous faut rappeler que celles-ci sont beaucoup plus rares depuis que la thérapeutique spécifique de la méningite cérébro-spinale est mieux ordonnée ; sur 18 malades, 6 seulement (Obs. XXVII, XXVIII, XXIX, XXXI, XXXII, XXXVI), ont été traités comme il convient.

Nous devons signaler aussi la fréquence relative des formes graves, puisque l'addition des formes foudroyantes et suraiguës donne un total de 12 cas.

Enfin, cette statistique nous confirme dans l'opinion émise précédemment, à savoir le caractère exceptionnel de la forme ambulatoire de la maladie chez l'enfant. Nous n'en trouvons, en effet, que trois cas en près de 30 ans, dans toute la bibliographie française. Et si nous faisons la moyenne des formes évolutives anormales, nous obtenons 6 % de formes ambulatoires.

II. — Au point de vue clinique

Nous pouvons tirer des conclusions importantes au point de vue de la clinique. Elles concernent la difficulté du *diagnostic* et du *pronostic,* et l'importance capitale de la *ponction lombaire.*

a) *Formes à marche aïgue et grave.* — Les erreurs de diagnostic peuvent être des plus extravagantes dans les formes *ambulatoire foudroyante* et *foudroyante proprement dite,* qui tuent en quelques heures un enfant en apparence de santé excellente. Les confusions médico-légales sont des plus aisées et Brouardel en rapporte des cas typiques chez l'adulte. Seule la ponction lombaire peut affirmer la nature méningococcique de la maladie.

Dans la *forme à début foudroyant,* l'erreur est moins importante et le médecin se réjouit le premier de voir s'amender les symptômes inquiétants qui lui avaient fait porter un pronostic sombre.

b) *Formes prolongées.* — Ici l'écueil consiste à ne pas faire miroiter devant la famille l'espérance d'une terminaison prochaine de la méningite parce qu'une rémission sera survenue dans le tableau clinique. La ponction lombaire devra être pratiquée pendant cet intervalle trompeur ; elle permettra au praticien de réserver son diagnostic de guérison que viendra infirmer, dans quelques jours, une *reprise* des symptômes. Cependant, dans la forme de Netter, rien ne permet de prévoir la rechute.

Enfin quand après quelques semaines des signes caractéristiques se précissent : troubles trophiques, psychiques, sensoriels, périodes d'accentuation et d'atténuation des signes principaux, sans amélioration concomittante des modifications du liquide céphalo-rachidien, il faudra penser à la *forme chronique*. Le pronostic n'est cenpendant pas aussi défavorable qu'on pourrait le penser puisque la guérison survient dans 50 % des cas.

c) Formes atténuées

La grande difficulté ici est de faire le diagnostic, surtout quand on a affaire à une *forme fruste* ou *ambulatoire*. La symptomatologie est si minime, la bénignité si évidente dans la plupart des cas que l'on hésite à porter le diagnostic de méningite cérébro-spinale dont on sait la brutalité habituelle chez l'enfant. Cependant la précision et la précocité du diagnostic sont importantes car non traitées ces formes peuvent s'aggraver. Plus que partout ailleurs la ponction lombaire est de toute nécessité. On doit la pratiquer dès que l'on a rencontré un signe, même atténué, même isolé, d'irritation méningée. Elle permettra ainsi de déceler plus fréquemment des formes de méningite cérébro-spinale qui n'ont à notre avis qu'une rareté apparente.

III. — Au Point de Vue Thérapeutique

Le question du traitement de la méningite cérébro-spinale ne rentre pas dans le cadre de notre

sujet. Nous voulons cependant insister sur la nécessité dans tous les cas, même les plus bénins, d'une thérapeutique énergique : sérothérapie précoce, spécifique, abondante, multiple, répétée ; auto-vaccinothérapie ; traitement adjuvant.

Cette ligne de conduite peut seule permettre de voir les formes graves guérir contre toute espérance ; certaines formes ambulatoires ne pas affecter soudainement une allure foudroyante ; des formes primitivement banales ne pas se prolonger ou passer à l'état chronique ; des formes atténuées guérir avec le minimum de temps.

Vu : *Le Président de Thèse :*
J. MINET.

Vu : *Le Doyen :*
Ch. DUBOIS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie :
CHATELET.

V

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

APERT. — Maladies des enfants.

BERNARD. — Thèse, Paris 1903.

BERTILLON. — *Presse médicale*, 1912. Statistique de la méningite.

BLAVOT. — Thèse, Paris 1902.

BROUARDEL. — La mort subite.

CAMIADE. — Thèse, Paris 1899.

CANUET. — Thèse, Paris 1900. La méningite cérébro-spinale à méningocoques.

CASSOUTE et RAYBAUD. — Société de Pédiatrie, 19 février 1924. Un cas de méningite latente de nature méningococcique.

CHAUFFARD. — *Presse médicale*, 1905, n° 96. Méningite cérébro-spinale à méningocoques.

CHAILLY. — Thèse, Lyon 1906.

CHATAIGNON. — Thèse, Paris 1913. Etude des méningites aiguës épidémiques.

COLLETTE (Honorat). — Thèse, Paris 1917. Contribution à l'étude étiologique et clinique de la méningite cérébro-spinale chez l'enfant et le nourrisson.

COLIBERT. — Thèse, Paris 1908-09. Méningite cérébro-spinale chez le nourrisson.

COMBY. — Traité des maladies des enfants. 1895.

COMBY. — Archives de médecine des enfants, 1910, n° 3. Méningite cérébro-spinale épidémique.

COMBY. — Archives de médecine des enfants, 1919. Méningite cérébro-spinale (revue générale).

COMBY et NETTER. — Société de Pédiatrie. 16 janvier 1906. Les formes de la méningite cérébro-spinale.

DAGRAS et MARIE. — Presse médicale, 1925. Méningite cérébro-spinale dans une pension d'enfants,

DEBRÉ. — Thèse, Paris 1911. Recherches épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques sur la méningite cérébro-spinale épidémique.

DEBRÉ. — *Presse médicale*, 1909 (29 mai). Les principaux caractères de la méningite cérébro-spinale.

DESPUJOLS. — Thèse, Lyon 1912-13. Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale épidémique à forme chronique.

DOPTER. — *Gazette des Hôpitaux*, 1905, n° 58. La méningite cérébro-spinale, épidémiologie et prophylaxie.

DOPTER. — L'infection méningococcémique.

DUHOT et BOCY. — *L'Encéphale*, déc. 1915. Méningite cérébro-spinale.

DUTHOIT. — Société de Pédiatrie, 1912. Un cas de méningite cérébro-spinale épidémique chez un enfant de 4 ans.

FERRAND (Marcel). — *Gazette des Hôpitaux*, 1906 (revue générale). La méningite cérébro-spinale.

GEOLKVER. — Thèse, Paris 1913. Statistique des méningites observées chez les enfants à la clinique des enfants malades.

HAUSHALTER et RÉMY. — *Revue de Médecine de l'Est*, juillet 1913. Statistique des méningites observées à la clinique infantile de Nancy.

HALLEZ et PETIT-DUTAILLIS. —*L'Echo médical du Nord,* 1912. Cas frustes de méningite cérébro-spinale.

HUTINEL, etc. — Maladie des méninges (1912).

HUTINEL et VOISIN. — Article méninges in Hutinel. Les maladies des enfants, 1907 (t. 5).

LABBÉ. — *Gazette des Hôpitaux,* 1900. La méningite cérébro-spinale.

LESAGE. — *Bulletin Médical,* 15 décembre 1909. Méningite cérébro-spinale du nourrisson.

MARFAN. — *Semaine Médicale,* 21 novembre 1896. La vie infantile et ses périodes. La pratique des maladies de l'enfance, 1909. Considération générales sur l'enfance.

MAC KAY. — Lancet. 31 janvier 1920. Cerebro-spinal fever in infant and young children.

MARSH et WILLIAMS. — *British Medical Journal,* nov. 1908. La méningite cérébro-spinale chez l'enfant.

MEISTER. — Thèse, Montpellier 1915-16. Contribution à l'étude des formes anormales de la méningite cérébro-spinale.

MERLE (Emile). — Statistique de 9 cas de méningite cérébro-spinale. Société de Pédiatrie, 21 juin 1910.

MONTAGNON. — *Loire Médicale,* 1914. Méningite cérébro-spinale.

MOUSSOUS et ROCAZ. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux,* 1910, et Congrès de Pédiatrie, 1910 (Paris).

DE NAYVILLE. — Thèse, Paris 1910.

NETTER. — *Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris,* mars 1909. Epidémie de méningite cérébro-spinale à Paris.

NETTER et DEBRÉ. — Société médicale des Hôpitaux de Paris, 5 mars 1909. Nouvelles observations de méningite cérébro-spinale.

NETTER et DEBRÉ. — La méningite cérébro-spinale (1911).

NOBÉCOURT. — Précis de pathologie infantile.

Mme PALMEGLIANI. — Considération sur la méningite cérébro-spinale de l'enfance (Analyse). Archives de médecine des enfants. 1924.

PORTRET. — Thèse, Paris 1912-13. Les méningococcémies.

REILLY. — *Bulletin médical*, 1922, n° 20.

RÉMY. — *Revue de Médecine de l'Est*, 1920. Trois cas de méningites à méningocoques observés chez l'enfant.

RENDU. — *Paris Médical*, 1917. Méningite cérébro-spinale fruste.

ROGER, WIDAL, TEISSIER. — Traité de médecine (1920) fascicule I, Méningococcémie (Dopter).

RILLIET et BARTHEZ. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants.

SAINTON et VOISIN. — *L'Encéphale*, 1907. Formes anormales des méningites cérébro-spinales aiguës.

Mme SAMET-MANDELS. — Archives de Médecine des enfants, 1924. Contribution à la clinique et au traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique chez les enfants.

SERGENT, etc. — Traité de pathologie médicale (fasc. de pédiatrie).

Mlle SERVAIS (Anne-Marie). — Thèse, Paris 1919. Méningite cérébro-spinale, anomalies cliniques, associations microbiennes.

SUNER. — Archives de Médecine des enfants, 1916, n° 7. Points de vue dans l'étude générale des méningites.

WEILL et MOURIQUAND. — Maladies des enfants (1928).

VOISIN. — *Gazette des Hôpitaux*, 1909, nos 92-94. La méningite cérébro-spinale épidémique et son traitement.

BIBLIOGRAPHIE DES FORMES EVOLUTIVES ANORMALES

I. — *Formes aiguës graves.*

COLLETTE. — Thèse, Paris 1917. Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale de l'enfant et du nourrisson.

COMBY. — Archives de Médecine des enfants, 1910, n° 3. Méningite cérébro-spinale.

DALMENESCHE. — Thèse, Paris 1910. — Méningite cérébro-spinale aiguë à début foudroyant.

DEVÉ. — *Normandie Médicale*, 1909. Méningite cérébro-spinale aiguë à début épileptiforme.

HOWARD et WARNER. — *British Medical Journal*, avril 1907. Un cas de méningite cérébro-spinale à type apoplectiforme et hyperthermique.

MILLIGAN. — *British Medical Journal*, juin 1907. Cas de méningite cérébro-spinale foudroyante.

II. — *Formes prolongées.*

M^elle^ AUCHÈRE (Rosalie). — Thèse, Paris 1912. Contribution à l'étude des formes prolongées de la méningite cérébro-spinale.

BABINSKI. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 1902. Méningite cérébro-spinale subaiguë à forme prolongée.

BERTRAND. — Thèse, Paris 1903. Méningite cérébro-spinale à rechutes.

COLLETTE. — Thèse, Paris 1917.

COMBY. — Archives de médecine des enfants, 1910, n° 3.

CURTILLET. — Archives générales de médecine, 1902, n° 1.

DEBRÉ. — Société de Pédiatrie, déc. 1908. Méningite cérébro-spinale à forme cachectisante.

DEBRÉ. — *Presse Médicale*, 1909, n° 3.

DEBRÉ. — *Presse Médicale,* 1910, n° 7. La méningite prolongée.

DEBRÉ. — Société de Pédiatrie, oct. 1911. Méningite cérébro-spinale à forme cachectisante.

DESPUJOLS. — Thèse, Lyon 1912-13. Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale à forme épidémique.

DUHOT, POREZ, PRUVOST. — *Pratique médicale française,* 1924, n° 12. Les rechutes dans la méningite cérébro-spinale.

HAUSHALTER et RÉMY. — *Revue de Médecine de l'Est,* juillet 1913.

MOIZART et GRENET. — Société médicale des Hôpitaux de Paris, sept. 1902. Méningite cérébro-spinale accompagnée d'une surdité temporaire. — Guérison.

LETULLE et LEMIÈRE. — Société Méd. des Hôp. de Paris, mars 1905. Méningite cérébro-spinale à rechute.

NETTER. — Société médicale des Hôpitaux, mars 1905 (à la même séance)..

NETTER. — Rechutes tardives de la méningite cérébro-spinale. Société médicale des Hôpitaux, 31 mai 1918.

NETTER. — Rechutes tardives de la méningite cérébro-spinale. Archives de médecine des enfants, 1919.

PRUVOST. — Thèse, Lille 1924. Les rechutes dans la méningite cérébro-spinale.

RÉMOND et COLOMBIER. — Société médicale des Hôpitaux de Paris, 15 mai 1925.

RENAULT. — Société Médicale des Hôpitaux, 1918.

RIBADEAU-DUMAS. — Société de pédiatrie, mars 1919. Méningite cérébro-spinale traitée tardivement.

SICARD et BRÉCY. — Société médicale des Hôpitaux, 10 juin 1898.

ZUBER. — *Revue de Médecine de l'Est,* 1919. Méningite cérébro-spinale traînante.

III. — *Formes atténuées.*

Azéma. — *Toulouse Médical*, 1913, p. 348. Méningite cérébro-spinale à forme ambulatoire.

Cassoute et Crémieux. — Comité médical des Boûches-du-Rhône, 21 avril 1922, et *Marseille Médical*, 1922. Sur un cas de méningite cérébro-spinale subaiguë à méningocoque A chez une fillette de 7 ans.

Comby. — Archives de médecine des enfants, 1910, n° 3.

Comby. — Société de Pédiatrie, 16 avril 1907. Méningite cérébro-spinale guérie rapidement après 3 ponctions lombaires.

Guinon. — Société de Pédiatrie, 16 janvier 1906.

Jemma. — Archives de médecine des enfants, 1925. Méningococcémie et méningite cérébro-spinale (analyse).

Maillet. — Thèse, Montpellier 1910. Les méningites cérébro-spinales frustes et abortives.

Netter. — *Monde Médical*, 15 février 1914. Les méningites cérébro-spinales frustes.

Pinault. — Thèse, Paris 1901-02. Formes frustes de la méningite cérébro-spinale.

Netter et Debré. — Société de Biologie, 24 juillet 1909. Un cas de méningite cérébro-spinale abortive avec liquide céphalo-rachidien normal.

Rendu. — Société médicale des Hôpitaux, 1901. Méningite cérébro-spinale fruste.

Sicard. — *Presse Médicale*, 1901. De la forme ambulatoire des méningites bactériennes.

Sicard et Brécy. — Société médicale des Hôpitaux, 10 avril 1901. Méningite cérébro-spinale ambulatoire curable.

Sevestre et Lafosse. — Société de Pédiatrie, 16 janvier 1906. Méningite cérébro-spinale guérie sans sequelles.

OUVRAGES QUE NOUS N'AVONS PAS PU CONSULTER

ALLAN et DUM. — *Glasgow Medical Journal*, sept. 1906. Etude clinique et anatomo-clinique d'un cas foudroyant de méningite cérébro-spinale.

COMPORTI. — *Riforma Médica*, nov. 1922. Un cas de méningite cérébro-spinale à décours ambulatoire.

M^me^ PALMÉGLIANI (Emilia-Pola). — *Rev. di Clin. Pediatria*, mars 1923. Considérations sur la méningite cérébro-spinale de l'enfance.

PEACKOCKE. — *Royal Acad. of Med. in Ireland*, 1907. Un cas de méningite cérébro-spinale.

STAIN. — Thèse, Montpellier 1926. La méningite cérébro-spinale.

Table des Matières

PAGES

I. — Avant-propos. 7

II. — Historique. 11

III. — Etude clinique. 17

Plan général. 19

Premier Chapitre :

Forme normale. 21

Formes évolutives anormales. 33

Deuxième Chapitre :

Formes à évolution rapide et grave. 35

I. Formes foudroyantes: étude clinique. 35

observations.. 43

II. Forme suraiguë : étude clinique. ... 53

observations. 55

PAGES

TROISIÈME CHAPITRE :

Formes prolongées. 59

I. Formes à rechutes : étude clinique. 60
observations . 65

II. Forme chronique : étude clinique... 76
observations. ... 87

QUATRIÈME CHAPITRE :

Formes atténuées. 114

I. Forme subaiguë : étude clinique. 115
(et abortive) observations..... 119

II. Forme fruste : étude clinique. 125
observations. 127

III. Formes ambulatoires : étude clinique. 133
observations.. 138

IV. — CONCLUSIONS. 150

V. — BIBLIOGRAPHIE. 156